

## Conceptos generales en torno a la Muerte Digna y a la Eutanasia

**Muerte digna:** es la muerte con todos los alivios médicos adecuados y los consuelos humanos posibles. También se denomina ortotanasia.

Prenden algunos identificarla con la muerte "a petición", provocada por el médico, cuando la vida ya no puede ofrecer un mínimo de confort que sería imprescindible; sería para éstos la muerte provocada por eutanasia.

**Ortotanasia:** es la muerte en buenas condiciones, con las molestias aliviadas.

**Eutanasia:** es la acción u omisión por parte del médico con intención provocar la muerte del paciente por compasión.

**Eutanasia activa:** es la eutanasia que mediante una acción positiva provoca la muerte del paciente.

**Eutanasia pasiva:** es la eutanasia por dejar morir intencionadamente al paciente por omisión de cuidados o tratamientos que son necesarios y razonables.

Esta expresión —eutanasia pasiva— se utiliza en ocasiones indebidamente para referirse, en una buena práctica médica, a la omisión de tratamientos desproporcionados que son contraproducentes, indeseables o muy costosos. No se debe hablar de ningún tipo de eutanasia en esos casos, puesto que fomenta la ambigüedad y contribuye a difuminar los límites entre el correcto ejercicio de la medicina y la eutanasia. Es lo que intentan los partidarios de esta práctica.

Conviene, sin embargo, mantener la expresión y el concepto específicos de eutanasia pasiva, pues, en ocasiones, se acaba así con la vida del paciente, por indicación médica: negándole cuidados que son necesarios y razonables.

**Eutanasia voluntaria:** la que se lleva a cabo con consentimiento del paciente.

**Eutanasia involuntaria:** practicada sin el consentimiento del paciente

**Encarnizamiento terapéutico (también obstinación o ensañamiento terapéuticos):** es la aplicación de tratamientos inútiles; o, si son útiles, desproporcionadamente molestos o caros para el resultado que se espera de ellos.

**Distanasia:** es la muerte en malas condiciones, con dolor, molestias, sufrimiento... Sería la muerte con un mal tratamiento del dolor, o la asociada al encarnizamiento terapéutico.

Sedación terminal: es la correcta práctica médica de inducir el sueño del paciente, para que no sienta dolor, en los ya muy raros casos de dolores rebeldes a todo tratamiento. Una sedación suave acompañando a los analgésicos, que los potencia manteniendo la conciencia del paciente es muy recomendable.

**Eutanasia directa:** es lo que entendemos comúnmente por eutanasia; es decir, la muerte intencionada del enfermo a cargo del médico, por compasión. Puede ser activa o pasiva.

**Eutanasia indirecta:** en realidad no existe la eutanasia indirecta; pues no hay eutanasia sin intención de provocar la muerte. Sería para algunos —que confunden a otros con esta expresión— la muerte no buscada del paciente en el curso de un correcto tratamiento paliativo, por ejemplo contra el dolor.

**Enfermo desahuciado:** el que padece una enfermedad para la que no existe un tratamiento curativo y que es mortal, aunque no necesariamente a corto plazo.

**Enfermo terminal:** el que padece una enfermedad irrecuperable, previsiblemente mortal a corto plazo: en torno a dos semanas o un mes, a lo sumo.

### La eutanasia: un estudio general.

Tras una introducción a la eutanasia, a los diferentes planteamientos y distinciones: la eugénica, la económica, la selectiva, la judicial, la neonatal, la eutanasia activa y pasiva, la eutanasia con participación activa o por la omisión de acciones se pasa revista a los requisitos que se invocan para su justificación: consentimiento del paciente, incurabilidad, diagnóstico médico favorable, dolor insufrible del paciente y móvil compasivo del sujeto agente. Después se repasan las consideraciones morales sobre la eutanasia y como las instituciones juzgan la eutanasia: las Academias científicas, los foros políticos, las organizaciones profesionales y la Iglesia . Y también se hace una contemplación jurídica de la eutanasia, en el derecho nacional e internacional y a lo largo del tiempo. Y por fin se ve la eutanasia teológica o verdadera eutanasia que es el buen morir, o el morir en estado de gracia

Vamos a fijar nuestra atención en las transgresiones contra la vida antes de que concluya biológicamente y de un modo natural. Con ello podrá observarse que la fuerza oscura del antivitalismo actúa de un modo permanente. Si la vida naciera o naciente es asediada por medio de la anticoncepción y del aborto, a la vida, en su proceso, se opone, con la pretensión de añadir, añadiendo al derecho a la vida un derecho sobre la vida. Este derecho tendría dos manifestaciones, la autodestrucción de la vida propia, por medio del y la eutanasia, que justificaría otro nuevo derecho, el derecho a matar, en los supuestos de vida declinante y sufriente (la de los moribundos, para suprimir un dolor insoportable) y de vida depauperada y sin sentido (la de aquellos a los que se denomina «muertos espirituales» o «vidas sin valor»).

Conviene, por la dificultad del tema, por la confusión semántica por la corriente evolutiva conceptual del vocablo eutanasia, y para la fijación de los límites de la lección presente, distinguir entre técnica eutanásica y eutanasia. La eutanasia propiamente dicha es el supuesto derecho a matar, anticipándose a la llegada de la muerte, para suprimir, sin dolor, los sufrimientos de quien se halla afectado por enfermedad o lesión incurables. La técnica eutanásica no es más que la técnica de la muerte sin dolor, con independencia de que la persona a la que se aplica se halle o no aquejada por dolores insufribles. En la eutanasia prima la intención: suprimir el dolor por muerte indolora. En la técnica eutanásica prima el método: por vía indolora producir la muerte.

La distinción entre técnica eutanásica y eutanasia es fundamental, al objeto de poner cada cosa en su sitio y disipar la niebla que impide la precisión necesaria en un asunto tan decisivo. A esta luz se advierte de inmediato que se califica como eutanasia, desdibujando el concepto, lo que no son más que aplicaciones de la técnica eutanásica a casos en los que se desea provocar la muerte. Tal sucede en el amplio esquema que califica de eutanasia a la extinción indolora de las vidas depauperadas a que hacíamos alusión al comienzo.

La eutanasia eugénica, que elimina a los deformes y tarados; la eutanasia económica, que suprime a los viejos, inválidos y dementes; la eutanasia selectiva, que extermina a quienes no sean de «pura sangre»; la eutanasia judicial, que aplica la pena de muerte sin dolor: la eutanasia neonatal (forma de infanticidio), no son modalidades de la eutanasia, sino puesta en juego de la técnica de la muerte indolora. Para que pueda hablarse de eutanasia en su verdadera acepción, que es la que aquí fundamentalmente nos interesa, han de coincidir el método y la intención: el método de la muerte indolora y la intención de evitar el dolor insufrible que padece aquel al que se aplica.

Sentado esto, conviene que detenerse, para un entendimiento clarividente de la eutanasia, en los planteamientos iniciales que se invocan, para justificarla, primero, y para legalizarla, después. Es curioso que tales planteamientos, con una dialéctica admirable, comiencen por admitir la existencia de un derecho a la vida. Este derecho postula, sin embargo -dicen los defensores de la eutanasia-, una matización, ya que se trata del derecho a una vida concorde con la dignidad humana, es decir, no sólo de un derecho a la vida, a manera de proclamación teórica, sino a una vida con cierto contenido, es decir, a una cierta calidad de vida. Si este derecho a vivir con cierta calidad de vida -es decir, no de cualquier modo y a cualquier precio y a toda costa, sino con dignidad- no es posible, y no es posible a los afectados por enfermedades o lesiones incurables muy dolorosas, será necesario reconocer, frente al derecho a vivir, un derecho a morir sin dolor, para evitar la vida indigna sujeta a un dolor irresistible. En tal caso, y dada la colisión de derechos, habrá que entender que el derecho a morir tiene preferencia sobre el derecho a vivir.

Ahora bien, la puesta en ejercicio de este derecho a morir se efectúa a través de la eutanasia, en la que concurren, al menos, dos personas: el enfermo incurable y atormentado (sujeto paciente) y el que lleva a cabo la técnica eutanásica (sujeto agente). Si en la eutanasia, teniendo en cuenta la dualidad de personas que acabamos de señalar, destacamos la figura del sujeto paciente, estaremos ante el suicidio con ayuda o cooperación de otro. Si, por el contrario, ponemos nuestra atención con carácter primordial en el sujeto agente, estaremos ante el homicidio con el consentimiento de la víctima.

¿Pero podrá hablarse correctamente de suicidio y homicidio en tales casos? ¿Merecerá la eutanasia calificaciones con tal sabor delictivo cuando al realizarse por compasión para con el moribundo, el enfermo o el lesionado, y dando respuesta positiva al derecho de morir, constituye más bien un acto de suprema caridad, una obra de misericordia cumplida con el paciente?

He aquí un haz de problemas básicos que requieren una contestación inmediata y seria.

En primer término, conviene precisar qué tipo de derecho es el derecho a la vida, porque la imprecisión y vaguedad del lenguaje lleva fácilmente a confundir e identificar en su tratamiento a los derechos obligacionales, a los derechos reales (ambos de naturaleza patrimonial) con los derechos funcionales y los derechos de la personalidad (que se mueven en órbita distinta). Si la diferencia entre los primeros es tan sólo de carácter cuantitativo, la diferencia entre ellos y los funcionales o de la personalidad es de orden cualitativo. Para que la diferencia no pase inadvertida, pensemos en una relación obligacional (derecho del prestamista a obtener la devolución del dinero que prestó, y deber del prestatario a devolverlo), en una relación real (derecho del propietario al goce y disposición de su propiedad y deber genérico «ergo omnes» de respetarla), en una actividad funcional (la que tienen los padres en el ejercicio de la patria potestad y les confiere el derecho-deber de educar a los hijos) y en el bien protegido jurídicamente de la personalidad (derecho a la vida y a un tiempo deber de vivir y, por ello, de «curarse y de hacerse curar») (sagrada Congregación para la Doctrina de la Fe, 5-V-1980), ya que «todos los recursos de la naturaleza han sido puestos a su disposición por el Creador para que puedan proteger y defender a los hombres de la enfermedad» (Pío XII, radiomensaje al VII Congreso Internacional de Médicos Católicos, 11-IX-1956).

Los derechos de la personalidad no sólo exigen el respeto de todos, como los derechos reales, y configuran un complejo de derechos-deberes, como los funcionales, sino que, además, son innatos, consustanciales con el hombre por el hecho de ser hombre, anteriores y superiores a la sociedad y al Estado como gerente de la misma y, por todo ello, irrenunciables e indelegables.

Llegados a la conclusión de que no puede hablarse de un derecho a la vida sin un deber de vivir, conservándola, los defensores de la eutanasia plantean la cuestión, como ya indicábamos, a otro nivel, preguntando de qué vida se trata, porque si ese derecho se refiere a una cierta calidad de vida propia de la dignidad del hombre, no tiene sentido conservarla como deber cuando ello, como ocurre con el enfermo incurable y atribulado por el dolor, no resulta posible. En tal situación, en que el deber ha desaparecido, el derecho cobra su plenitud y puede ejercitarse sobre su objeto con un acto de disposición sobre la vida, al que puede llamarse «derecho a morir».

¿Pero existe el derecho a morir? Para unos, ese derecho existe, puesto que los ordenamientos jurídicos no castigan el suicidio. Para otros, ese derecho no existe, ya que «el reconocimiento del derecho a la vida (derecho de afirmación) excluye necesariamente el contrario, es decir, el derecho a la muerte. Mas no puede olvidarse que el suicidio no se castiga, no porque haya un derecho a morir, sino porque desapareció el delincuente, y no se olvide tampoco que hay un deber de morir, porque la muerte es ineludible y que, por tanto, ese deber se integra en el derecho a la vida, como derecho de la personalidad.

Por eso, tomando la argumentación de que el derecho a la vida lo es en tanto en cuanto se trata de una vida digna de hombre, podemos afirmar que el derecho a morir existe pero no como derecho a morir de cualquier modo, sino como derecho a morir con dignidad.

Pero ¿qué es morir con dignidad? He aquí la clave de la eutanasia, que, comenzando por ser la muerte dulce de Francisco Bacon, gran canciller de Inglaterra en el siglo XVII, pasó a ser la muerte por compasión en el siglo XIX y hoy se equipara a la muerte digna del hombre.

Para no incurrir en desviaciones o equívocos, hay que partir de un hecho incontestable, a saber: que la muerte temporal es un imperativo biológico integrado en la vida, a la manera de epílogo o episodio final, y que, por lo tanto, hay que preverla y aceptarla con responsabilidad, incluso, como decía Seneca, como la mejor invención de la vida. Es el propio derecho a la vida el que asume con la vida, limitada como es, la muerte que la extingue. El derecho a una vida digna lo es, por ello, a una muerte digna, es decir, a un término natural y no artificial de la vida humana.

De aquí se sigue que si el derecho a una vida digna del hombre veda su prolongación artificial, porque ello no sería otra cosa que prolongar técnicamente el proceso de agonía mortal ya insoslayable, el derecho a morir dignamente veda también la eutanasia, activa o pasiva, por la que se provoca y adelanta la muerte de modo voluntario -muerte que se puede evitar con la terapia oportuna- so pretexto de suprimir el dolor de los enfermos o lesionados. El ejercicio de un supuesto derecho a matarse y la concesión de este derecho a otro para que me mate no parece que sea un modo digno de morir. Entre el derecho a morir con dignidad y el derecho a morir matándose hay, sin duda, una enorme y radical diferencia.

El derecho a morir con dignidad supone morir «secundum natura», naturalmente y serenamente, sin sufrimientos inútiles o innecesarios, obtener alivio para tales sufrimientos y angustias, morir en paz con Dios y con los hombres y exigir que no se prolongue artificial e inútilmente la agonía (Ve Boletín «sí a la vida», septiembre 1984).

Se acaba de aludir a la eutanasia activa y pasiva, que supone, como señalan los alemanes, una «sterbehilfe», una ayuda para morir. La eutanasia activa, «mercy killing» en la terminología anglosajona, se caracteriza por un «facere» del sujeto agente sobre el sujeto paciente, siendo precisa una intervención adecuada del primero, que utilizando determinados medios, generalmente drogas, acelera y produce la muerte del segundo. La eutanasia pasiva, «letting die» en la terminología anglosajona, se caracteriza por un «non facere», es decir, por la privación voluntaria de los cuidados precisos de una terapia normal, provocando así, por omisión, la muerte del enfermo o lesionado. En uno y otro caso se actúa por compasión, requisito esencial en la eutanasia. En el primero, sin embargo, se mata por misericordia, mientras que en el segundo por misericordia no se impide la muerte.

Pues bien, tanto la eutanasia activa como pasiva se ordenan intencionalmente a producir la muerte. Por eso, supongan o no, según los casos, una «directa occisio», son, en uno y otro supuesto, occisivas, y su ilicitud resulta evidente.

Distinta de la eutanasia activa o pasiva («To kill or let die») es la eutanasia lenitiva, que no se propone en la intención provocar la muerte, sino mitigar los sufrimientos, aunque como efecto secundario de esa mitigación se produzca un acortamiento de la vida. A esta modalidad de la eutanasia hizo referencia Pío XII en su discurso de 24 de febrero de 1957, al «Congreso Nacional de la sociedad Italiana de Anestesiología», señalando que «sí la administración de narcóticos produjese por sí misma dos efectos diferentes: por una parte, el alivio de los dolores, y, por otra, la abreviación de la vida, entonces (la eutanasia) es lícita». Más aún: si la administración de los narcóticos no sólo suprimiera el dolor, sino que además suprimiera el conocimiento, la religión y la moral permiten al médico y al paciente la eutanasia lenitiva «si no hay otros remedios y ello no impide el cumplimiento de otros deberes religiosos y morales», como sería poner en paz su conciencia y otorgar testamento.

El mismo Pío XII, el 9 de septiembre de 1958, decía ratificando su criterio, que «está permitido utilizar con moderación narcóticos que dulcifiquen (el) sufrimiento, aunque también entrañen una muerte más rápida. En este caso, ese efecto, la muerte, no ha sido querida directamente. Esta es inevitable y motivos proporcionados autorizan medidas que aceleran su presencia».

Al margen de las eutanasias occisivas o lenitivas, se halla la ortotanasia o paraeutanasia, que se da cuando, en oposición a la distanasia, se omiten o interrumpen conscientemente medios extraordinarios o desproporcionados que sólo sirven para prolongar la vida vegetativa de un paciente incurable, es decir, con un proceso patológico irreversible. Entre tales medios se citan los balones de oxígeno, las sondas de respiración y las inyecciones de antibióticos sin efectos curativos. La ortotanasia no sólo es lícita, sino que puede constituir una obligación moral. La sagrada Congregación para la Doctrina de la Fe, en su Declaración de 5 de mayo de 1980, dice que «es lícito en conciencia tomar la decisión de renunciar a unos tratamientos que producirían únicamente una prolongación precaria y penosa de la existencia... (máxime cuando a veces) las técnicas empleadas imponen al paciente sufrimientos y molestias mayores que los beneficios que se puedan obtener de los mismos». Y puede ser obligación moral cuando con la aplicación de tales medios extraordinarios o desproporcionados sólo se consigue lo que la medicina francesa llama «encarnizamiento terapéutico», que instrumentaliza al ser humano (Juan Pablo II, a la «Academia Pontificia de Ciencias», 23-X-1982), cuya dignidad es preciso «proteger en el momento de la muerte... contra un tecnicismo que corre el riesgo de ser abusivo» (Juan Pablo II, 22-VII-1982).

A este respecto hay que traer a colación los problemas planteados por la determinación del momento en que la muerte se produce, cómo se manifiesta y cómo puede diagnosticarse con exactitud. Si el hombre, por la confusión ideológica reinante, no sabe -y se halla perplejo- ante el instante en que comienza su existencia, igualmente no sabe -y se halla, más que perplejo, angustiado- por el momento en que deja de existir.

Hoy, afortunadamente, la biología, no oscurecida en sus datos experimentales y científicos por la nebulosa sectaria, nos asegura que el comienzo de la vida humana se inicia con la fertilización del óvulo y que la muerte se produce cuando cesa la actividad bioeléctrica del cerebro y el encefalograma así lo revela. Por eso, y a los fines de licitud y aun de obligación moral de la ortotanasia, se hace necesario diferenciar la muerte clínica, que es la verdadera, de la muerte biológica, que puede posponerse a aquélla, y más allá de sus límites naturales, manteniendo, artificialmente, una vida inviable a través de la llamada reanimación de dos funciones vitales, la respiratoria y la cardíaca, y ello a pesar del coma irreversible del paciente, cuyo cerebro carece de actividad.

El latido del corazón y el funcionamiento de los pulmones frente a un encefalograma horizontal no ponen de relieve que haya vida humana, sino que la técnica ha avanzado de tal modo que la actividad de los pulmones y del corazón puede seguir, aislada y sin aquélla, utilizando máquinas especiales. De aquí que la omisión o la interrupción de tales medios extraordinarios o desproporcionados no plantee el problema de sí tal omisión o renuncia producen o no la muerte, porque la muerte auténtica, que es la muerte clínica, ya se ha producido. El problema que realmente se plantea, desde el punto de vista moral, es si la reanimación o terapia de sostenimiento vital («life sustaining procedure») se puede mantener utilizando experimentalmente al hombre, para poner de relieve los avances de la ciencia o el prestigio profesional, y aunque con ello, por añadidura, se agoten los recursos económicos de la familia. La Declaración antes aludida de la Congregación para la Doctrina de la Fe hace referencia a la licitud moral del «rechazo... (a) un dispositivo médico desproporcionado a los resultados que se podrían esperar (y que, además, puede) imponer gastos excesivamente pesados a la familia o la colectividad».

Como ha escrito el P. Marcozzi, S. J. («Il cristiano di fronte all'eutanasia», Civiltà Cattolica, 1975, pág. 322), «en la ortotanasia no hay eutanasia, ni positiva (porque el médico no acelera positivamente la muerte del paciente), ni negativa (porque no priva al paciente de los cuidados ordinarios) En la ortotanasia sólo se priva al paciente de los medios extraordinarios, los cuales más que prolongar razonablemente la vida serían una tentativa desesperada y hasta cruel de prolongar la muerte». En tales casos, porque no se mata, no se hace morir, no hay más que una «aceptación de la condición humana» y un dejar hacer a la Naturaleza, contra la cual la lucha se hizo imposible.

Al llegar aquí, se resuelve también, aunque «a sensu contrario», la colisión que plantean los defensores de la eutanasia entre el derecho a vivir con dignidad y el derecho a morir, en el sentido de que el derecho a morir con dignidad excluye, por un lado, la eutanasia occisiva, y, por otro, autoriza tanto la ortotanasia, puesto que la ortotanasia se enfrenta con una vida que ha dejado de ser humana, y que carece, por tanto, de su dignidad, como la eutanasia lenitiva, que en la terapia del dolor, que la dignidad de la vida humana exige, no puede superar el efecto secundario y no-querido de la muerte. Acotado el tema de la eutanasia propiamente dicha, es decir, a la que por acción u omisión que se ha calificado de occisiva, vamos a estudiar los requisitos que a la misma doctrinalmente acostumbra a exigir sus defensores para justificarla y, si es posible, legalizarla. Tales requisitos son los siguientes: el consentimiento del paciente, la incurabilidad del enfermo, el diagnóstico médico favorable, el dolor insufrible, el móvil compasivo (suprimir ese dolor).

#### **a) Consentimiento del paciente.**

Aun cuando algunos, como Del Rosal («Derecho penal español, parte especial, 1ª ed., Madrid, 1962) estiman que el consentimiento del paciente no es un requisito consustancial de la eutanasia, la opinión general lo estima imprescindible. Partiendo de este punto de vista, el propósito de legalización de la eutanasia acude a los viejos aforismos romanos, según los cuales «volenti non fit iniuria» y «nulla iniuria est, quae in volentem fiat». Ahora bien, el consentimiento del paciente carece de eficacia para transformar en lícita la transgresión; y no la tiene en el caso que nos ocupa por dos razones fundamentales: 1) Porque el derecho a la vida, como derecho de la personalidad, según se ha dicho, no supone un «ius in se ipsum» con «summa potestas». El hombre no es dueño de sí mismo, como lo es de su propiedad, sino que tiene tan sólo el uso o usufructo de sus facultades por lo que no existiendo la facultad de disponer -que será, por otra parte, un «ius

aLutandi»-, no puede ni derogar, renunciando, ni delegar, apelando a otro, su derecho a vivir; y 2) Porque el suicidio con ayudante rogado u homicidio con el consentimiento de la víctima no dejan de serlo a pesar de la aquiescencia del paciente, porque no se trata de un delito privado, sino público, que, incluso en Roma, se consideró como un crimen contra el Estado; porque lo que infringe la eutanasia es el orden público, objeto de la ley penal; porque el hecho viola el «ius cogens» o «derecho imperativo». Como ha escrito Jiménez de Asúa («Libertad de amar y derecho a morir», Madrid, 3ª ed., 1929), «lo que constituye la esencia del delito es ser un acto antisocial y un ataque al orden jurídico. La pena es una cosa y la reparación otra. Esta es la que tiene carácter privado. Por ello, la voluntad privada, incluso la del ofendido, no puede tener el valor de borrar la criminalidad del acto, incluyendo la pena».

Pero dado el consentimiento por el paciente para consumir el «Totung auf Verlangen», que dicen los alemanes, ¿puede confiarse en el mismo como una resuelta y decisiva voluntad de querer su propia muerte? He aquí una cuestión que, no obstante su corolario moral y jurídico, tiene una raíz psicológica importante, en la que no hay más remedio que detenerse. En efecto, la petición y la aquiescencia del sujeto pasivo puede producirse durante el trance doloroso que se considera insoportable o con anterioridad al mismo si el consentimiento se da en el transcurso del trance doloroso, puede suponerse, con escaso margen de error, que al paciente le falta en el mismo la conciencia y la capacidad necesaria para que dicho consentimiento pueda reputarse como válido, y no viciada, por tanto, su voluntad. Como dice la sagrada Congregación para la Doctrina de la Fe (Declaración citada), «las súplicas de los enfermos muy graves que alguna vez invocan la muerte no deben ser entendidas como expresión de una verdadera voluntad de eutanasia; éstas son casi siempre peticiones angustiadas de asistencia y afecto». Si el consentimiento del paciente se produjo con anterioridad al trance doloroso, con plena lucidez y capacidad, y aun antes de caer enfermo o de sufrir la lesión, la duda sobre su eficacia subsiste, toda vez que tiene la facultad de disentir, de la que no puede hacer uso por estar imposibilitado para ello durante el trance doloroso, que es en el que precisamente podría formular su decisión.

En este orden de cosas, los psicólogos subrayan la diferencia entre el instinto, el deseo y la voluntad de morir. El instinto de morir-aclaran los psicólogos-no existe, porque el miedo a morir, que a todo hombre preocupa, demuestra que el instinto reacciona en sentido antagónico, es decir, como instinto de conservación y de seguir viviendo. El deseo de morir se inserta en la zona afectiva del hombre, de tal manera que la acedia y los «Todesgedanke» de los alemanes -pensamientos de muerte- no serían más que una proyección en la zona del entendimiento y de la conciencia de una espiga de la sensibilidad que ha nacido en zona limítrofe. La voluntad de morir, como una resuelta decisión humana elaborada forzando el instinto y, quizá, utilizando el factor emocional, implica la entrega absoluta al servicio de una causa que se evalúa por los héroes y los mártires como superior y trascendente, hasta el punto de exigir, como holocausto, el sacrificio de la vida. Pues bien, el consentimiento del paciente en el caso de la eutanasia, que no se puede llevar a la esfera del instinto, podrá situarse en el campo de los deseos, pero muy difícilmente en el de la voluntad y el entendimiento, que son los que autorizan a consentir, ya que no es posible equiparar al enfermo desesperado con el héroe o con el mártir.

Cabe todavía una última consideración acerca del consentimiento. Surge la misma ante la imposibilidad de que el mismo pueda ser prestado por el paciente o se duda acerca de su validez. ¿Pueden prestarlo los familiares, en su nombre, atribuyéndose una representación legal, o la Administración sanitaria en nombre de la función tuitiva del Estado? Pío XII ha dado respuesta a ambas posibilidades de consentimiento suplido. A la primera, al decir que el «representante legal no tiene sobre el cuerpo y la vida de sus representados más derechos que los que el propio representado tiene y con la misma extensión, por lo cual no puede conceder al médico permiso para disponer de la vida de aquél que de algún modo está bajo su custodia». A la segunda, con la recta interpretación del principio «civitas propter cives, non cives propter civitatem», conforme al cual, siendo el individuo no solamente anterior a la sociedad, por su origen, sino también superior, por su destino, no juega aquí el principio de totalidad que permitiría a la Administración prestar dicho consentimiento (Ve Radiomensaje al «VII Congreso Internacional de Médicos Católicos», 11-IX-1956).

## **b) Incurabilidad.**

El requisito de incurabilidad como inherente a la eutanasia propiamente dicha resulta discutible, ya que la misma trata de justificarse, no porque la dolencia o las lesiones sean incurables, sino por el sufrimiento espantoso e intolerable que producen. Pues bien, si existen enfermedades y lesiones que, no obstante ser irreversibles, no producen dolores angustiosos, está claro que en tales supuestos, de provocarse la muerte, no estaremos ante un caso de eutanasia, sino, como demostramos al principio, de la aplicación de un método eutanásico a los incurables, considerados como vidas sin valor.

De otro lado, y admitida la incurabilidad como motivante de la compasión, hay que formular dos preguntas: una sobre la certeza de la incurabilidad y otra sobre quién la declara, dando fe de la misma.

Por lo que se refiere a la primera pregunta, hay un consenso muy generalizado sobre el carácter no absoluto de la incurabilidad, concepto en sí muy dudoso, ya que, como la experiencia nos dice, lo que parece incurable con un tratamiento puede curarse con otro, y porque aquello que ayer no tenía cura, la tiene hoy o puede tenerla mañana. Piénsese en la rabia, la sífilis, la tuberculosis o la diabetes, por ejemplo.

Por lo que se refiere a la segunda interrogante, no cabe duda que el diagnóstico sobre la incurabilidad no puede darlo el paciente, no sólo por su posible incompetencia profesional en la mayoría de los casos, sino porque no se puede ser al mismo tiempo juez y parte, y porque en tanto en cuanto paciente, sería, como se ha dicho, «un juez detestable para juzgar

de la incurabilidad de su estado».

Nos queda, pues, recurrir al diagnóstico médico que certifique de la incurabilidad.

### **c) Diagnóstico médico favorable.**

Aunque sean duras las frases, me permito transcribirlas por ser de Ricardo Royo Villanueva, catedrático de medicina legal («El derecho a morir sin dolor», Edit. Aguilar, Madrid, 1929, págs. 147/8): «La ciencia médica, a pesar de sus recientes, enormes progresos doctrinales, todavía no se diferencia con la suficiente exactitud del curanderismo corriente. El diagnóstico es todavía un arte inseguro y difícil sobre el que los médicos muchas veces no están de acuerdo; la mejor opinión y el diagnóstico más seguro varían ampliamente de médico a médico. Es preciso que la gente sepa que nuestros conocimientos no son infinitos ni nuestra capacidad infalible. Hay que desechar la idea de que el médico puede siempre diagnosticar con absoluta seguridad el estado patológico del paciente.»

¿Y se puede proceder lícitamente con esa incertidumbre sobre el diagnóstico a una eutanasia activa o pasivamente occisiva? Sólo la falta de escrúpulos morales de Binding y Hoche pudo hacerles exclamar: «si hay error en el diagnóstico y se elimina a un hombre, habrá un hombre de menos, cuya vida hubiera sido probablemente de escaso valor, aunque llegara a sobrevivir. »

### **d) Dolor insufrible del paciente**

Este requisito de la eutanasia ofrece al estudioso o al observador facetas variadas y conectadas entre sí: ¿Qué significado tiene el dolor? ¿A qué tipo de dolor se hace referencia? ¿Hay dolores insufribles? ¿Existe una terapia antidolorosa que evite el recurso al dolor para justificar la eutanasia?

Al hilo de estas cuestiones podemos decir: 1) Que el dolor tiene un aspecto inicial positivo y que, biológicamente, actúa como señal de alarma, como despertador que nos hace salir del sueño amable de la salud para poner en la enfermedad nuestra atención, por algo llamado dolencia. Moralmente, el dolor, como prueba, nos fortifica; es decir, puede darnos la fortaleza espiritual, al modo como la gimnasia o el deporte, no obstante el cansancio, procuran la fortaleza física. 2) El dolor grave que podría justificar la eutanasia puede ser físico, psíquico o moral, pero siempre habrá de distinguirse entre el dolor objetivo y el dolor subjetivo, que puede ser atroz, pero que muchas veces no es indicio de enfermedad mortal. 3) «No creo en los sufrimientos irresistibles -adscribe Royo Villanova (ob. cit., págs. 151 y 169), con su larga experiencia profesional-, pues los dolores se nos dan en razón de nuestras capacidades biológicas de resistencia; y desde el momento en que un dolor es insufrible es que (como ya no se sufre) ha dejado de atormentar.» «La sensibilidad desaparece en el moribundo cuando parece sufrir más y los signos exteriores de sus sufrimientos no son la mayoría de las veces más que reflejos puramente mecánicos que se manifiestan fuera de la conciencia.» 4) Los dolores, por tremendos que sean, pueden mitigarse y aun suprimirse con la terapia antidolorosa que hoy proporciona la ciencia; de tal modo que, hoy por hoy, «mantener a los enfermos en la fase terminal sin dolor y en una situación confortable es un asunto de pura competencia profesional» («La ciencia, al encuentro con la vida humana», coloquios en el Colegio Mayor Zurbarán. Edit. Dossat. Madrid, 1984, pág. 83).

Permitidme que concluya estas observaciones con unas frases de Eugenio D'Ors («ABC», 3-II-1928), cuya dinámica estimulante apreciaréis, sin duda: «sufro, luego existo. El dolor nos salva. ¡Hiere, dolor!... sé esperarte a pie firme. Que cuanto en ti es disminución..., paso a la muerte..., está destinado a tránsito y olvido, a consumirse, a desaparecer. Quedará, en cambio, me enriquecerá, me conducirá un día, la huella de ti, la nobleza amada de ti, la dignidad que procures. »

### **e) Móvil compasivo del sujeto agente**

Si provocar la muerte, por acción u omisión, requiere, como requisito «sino qua non» e indiscutible de la eutanasia, el móvil de la compasión en quien la práctica, el problema difícil de resolver, con el propósito de justificarla, es el de la comprobación y verificación del móvil compasivo, pues detrás de ese móvil aparente que se alega pueden hallarse otros muy diversos, y no altruistas precisamente. Tales pueden ser, si lo practican los familiares del enfermo: el deseo de heredarle, el alivio de las cargas de todo género que les proporciona, terminar cuanto antes, no con el dolor ajeno, sino con el que proporciona la vista del doliente. Si la practica el médico: la experimentación científica, el aligeramiento de preocupaciones profesionales, la conveniencia de camas libres para enfermos que aguardan hospitalización.

¿Puede, ante la difícil comprobación del móvil compasivo justificarse la eutanasia?

La eutanasia ha sido objeto de examen por instituciones muy diversas, cuyo criterio, aun cuando sea en síntesis conviene recoger aquí.

La Academia de Ciencias Morales y Políticas de París condenó la eutanasia en 1941. Lo mismo hizo la Asociación Médica Mundial en su reunión de Copenhague de 24 de abril.

Por su parte, la Asamblea del Consejo de Europa, en el punto 7.º de su recomendación número 779 de 1976 relativa a los «derechos de los enfermos y moribundos», señala lo siguiente: «El médico... no tiene derecho, aún en los casos que parezcan desesperados, a acelerar intencionalmente el proceso natural de la muerte.»

El Congreso Internacional sobre la Eutanasia celebrado en Niza del 20 al 23 de septiembre de 1984 sólo autoriza la ortotanasia.

Por último, el «Código Deontológico de los Médicos Españoles» de 23 de abril de 1971 dice, en su artículo 116, que «el

médico... no provocará nunca la muerte deliberadamente, ni por propia decisión ni cuando el enfermo o su familia lo soliciten, ni por otras exigencias», añadiendo en el artículo 117 que «en caso de enfermedad terminal, el médico debe evitar emprender acciones terapéuticas sin esperanza, cuando haya evidencia de que estas medidas no pueden modificar la irreversibilidad del proceso que conduce a la muerte. El médico respetará y favorecerá el deseo a una muerte acorde con la dignidad de la condición humana»

La Iglesia católica, por su parte, ha condenado en todo tiempo la eutanasia occisiva. San Agustín («De Civitate Dei», libro I, cap. 18) y Santo Tomás («summa», 2.º; 2.a, q. 64, art. 5) estimaban que constituye una ofensa a la caridad para con uno mismo, a la comunidad y a Dios. Y la Constitución Pastoral «Gaudium et Spes», en su número 27, dice que la eutanasia es un atentado contra la vida.

Pío XII, que ya el 12 de febrero de 1945, hablando a los médicos militares, declaró ilícita la eutanasia, se ocupó del tema en varias ocasiones. El 24 de febrero de 1957, dirigiéndose al Congreso Nacional Italiano de Anestesiología, hizo referencia, autorizándola, a la eutanasia lenitiva en los siguientes términos: «¿Habría que renunciar al narcótico si su efecto acortase la duración de la vida? Desde luego, toda forma de eutanasia directa, o sea, de administración de narcóticos con el fin de provocar o acelerar la muerte, es ilícita, porque entonces se pretende disponer directamente de la vida. En la hipótesis (sometida a nuestra consideración) se trata tan sólo de evitar al paciente dolores insoportables, por ejemplo, en el caso de cáncer inoperable o de enfermedad incurable. (Pues bien), si entre la narcosis y el acortamiento de la vida no existe nexo causal directo..., y si la administración de narcóticos produjese por sí misma dos efectos distintos: por una parte, un alivio de los dolores, y, por otra, la abreviación de la vida, entonces es lícita.»

Pablo VI, que a través del cardenal Villot, escribiendo a la Asociación de Médicos Católicos, el 3 de octubre de 1970, se preguntaba: «En algunos casos, ¿no será una tortura inútil imponer una reanimación vegetativa a la fase final de una enfermedad incurable?», contestaba afirmativamente y declarando lícita la ortotanasia; pero también contestó negativamente, el 11 del mismo octubre, en carta a la Federación Internacional de Asociaciones Médicas, a la eutanasia occisiva: «Toda vida humana debe respetarse en términos absolutos y (por ello) la eutanasia es un homicidio.»

Juan Pablo II, reunido en Chicago con los obispos norteamericanos, el día 5 de octubre de 1979, les decía: «Habéis hablado claramente..., afirmando que la eutanasia o muerte por piedad es un grave mal moral. Tal muerte es incompatible con el respeto a la dignidad humana y la veneración por la vida.» El 4 de octubre de 1984 pidió a los médicos que «no se hicieran cómplices, en ningún caso, de aberraciones como la eutanasia..., en contradicción con la finalidad misma de la profesión nacida para salvaguardar la vida».

La síntesis del magisterio pontificio sobre la eutanasia se ofrece por la sagrada Congregación para la Doctrina de la Fe, a que hemos venido haciendo referencia, en su Declaración de 5 de mayo de 1980, aprobada por el Papa Juan Pablo II y ratificada por éste en su mensaje de 22 de julio de 1982 a la Asamblea mundial sobre el problema del envejecimiento de la población, celebrada en Viena.

De conformidad con dicha Declaración: 1) Por eutanasia ha de entenderse «una acción u omisión que, por su naturaleza o en la intención, causa la muerte, con el fin de abreviar cualquier dolor». 2) «Nada ni nadie puede autorizar la muerte de un ser humano inocente (aunque se trate de un) enfermo incurable o agonizante.» 3) «La muerte no sobreviene siempre en condiciones dramáticas y al final de sufrimientos insoportables. Numerosos testimonios concordes hacen pensar que la misma naturaleza facilita en el momento de la muerte una separación que sería terriblemente dolorosa para un hombre en plena salud.» 4) Ello no obstante, en los casos de «muerte precedida o acompañada de sufrimientos atroces y prolongados... (La Comisión del Episcopado español para la Doctrina de la Fe, en documento de 15 de abril de 1986, respondiendo a las voces que en nuestro país ya se oyen en favor de la legalización de la eutanasia, ha recordado estos puntos de vista. Por su parte, «L'Osservatore Romano», a comienzos del año 1987, ha calificado de ambiguo el artículo 15 del Código Europeo de Ética médica que permite al médico poner fin a la vida del paciente, a su petición y en determinadas circunstancias.) (así como) es siempre lícito contentarse con los medios normales que la Medicina puede ofrecer, lo es igualmente no recurrir o interrumpir los medios puestos a disposición por la Medicina más avanzada (cuando se consideran) desproporcionados y procurarían únicamente una prolongación precaria y penosa de la existencia».

Pero si éstas son las consideraciones morales sobre la eutanasia, para completar el tema tendremos que trasladar nuestra observación al campo del Derecho; es decir, a lo que pudiéramos llamar contemplación jurídica de la eutanasia.

Desde el punto de vista doctrinal, ha sido Jiménez de Asúa, en el libro antes mencionado, el que con mayor acierto ha enfocado, aunque no resuelto del todo, la cuestión. Desde una postura negativista de la eutanasia, estudia, el que fuera catedrático de Derecho Penal, las posibilidades teóricas de la exculpación, negándolas rotundamente, ya que en la eutanasia -dice- hay antijuridicidad y culpabilidad, por lo que no cabe ni la exención penal ni la impunidad que supondría una legalización despenalizadora. Para Jiménez de Asúa -y es importante destacar su posición ante el problema, por su enmarque ideológico bien conocido y en línea con la situación oficial del momento-, no caben más opciones que las siguientes: apreciación, por razón del móvil, de una atenuante en el llamado homicidio por piedad; la tipificación en el Código Penal de un delito nuevo con tratamiento diferente al del homicidio, y la posibilidad del perdón judicial, que actuaría, en ciertos casos, al modo de una indulgencia plenaria.

En el Derecho comparado se observe una perplejidad sobre el tema, que abarca desde el silencio sobre la eutanasia a la exención de pena cuando la muerte se causa por compasión y a petición de la víctima (art. 143, ya derogado, del Código Penal soviético, de 1922) Algún Código, como el noruego, en su art. 235, arbitra una pena menor para la eutanasia, y los

códigos penales de Perú, de 1924 (art. 157), de Colombia, de 1936 (art. 364), y de Uruguay, de 1938 (art. 37), se acogieron a la doctrina del perdón judicial.

En el cantón de Zurich, en suiza, se celebró un referéndum el 27 de septiembre de 1977 a fin de legalizar la eutanasia. El referéndum tuvo éxito, pero fue rechazado por el Consejo Nacional federal el 6 de marzo de 1979.

En Inglaterra los proyectos legalizadores de 1936 y 1939 no prosperaron.

En Estados Unidos, el de California -y luego otros siete Estados- aprobó, para entrar en vigor el 1 de enero de 1977, el «Natural Death Act». Esta ley, con criterio ortodoxo, distingue la eutanasia activa y pasiva, prohibiendo ambas, ya que incluso en la pasiva se produciría la muerte por falta del tratamiento adecuado, de la ortotanasia, que permite, al «autorizar a los médicos la no aplicación o suspensión de la técnica reanimatoria a los pacientes adultos afectados por una enfermedad en fase terminal, con tal de que lo haya pedido por escrito».

La campaña pro legalización de la eutanasia occisiva continúa, sin embargo, y a esa «temida legalización» hizo referencia Juan Pablo II. Ya Enrico Ferri, en la obra que antes citamos, «homicidio-suicidio», decía que «el que da muerte a otro por motivos altruistas o piadosos no debe ser considerado como delincuente», y en Inglaterra y en los Estados Unidos se halla en plena actividad la Voluntary Euthanasia Legislation society.

Lo más incisivo, por la calidad de sus firmantes, tres premios Nobel: George Thomson (físico), Linus Pauling (químico) y Jacques Monod (biólogo), y otras 37 personas más, fue el manifiesto publicado en «The Humanist», de julio de 1974, en el que se dice: «Es necesario suministrar los medios para morir digna y fácilmente a los que padecen una enfermedad incurable».

En España, hay una campaña en los medios dirigida a mentalizar a la opinión pública a favor de la eutanasia. También se ha constituido, y ha enviado propaganda a domicilio, una asociación, en anagrama DMD, es decir, para el reconocimiento del «derecho a morir dignamente». Por su parte, la «Carta de los derechos y deberes del paciente», en su punto 14, parece dar pie a la práctica de la eutanasia occisiva, aunque se ha desmentido su alcance, afirmando que el derecho a una muerte digna no es más que el reconocimiento explícito de la voluntad del paciente para ser dada de alto en el hospital y morir en casa.

Desde el punto de vista del Derecho constituido, la eutanasia no estaba prevista en el Código Penal antiguo y quedaba subsumida en el homicidio o ayuda al suicidio (art. 409), con la atenuante 7 a del art. 9: «obrar por motivos morales (o) altruistas... de notoria importancia». Desde el punto de vista del Derecho constituyente, según la información que nos llega, los catedráticos Gimbernat y Quintero han preparado un borrador de nuevo Código Penal, en el que se legaliza, despenalizándolo, el mero auxilio para suicidarse. (Ve Dr. Navarro de Francisco, «Tapia», 1984, nov.-dic., pág. 21.)

Nos queda, por último y para cerrar el tema, hablar de la eutanasia teológica, o mejor, mística. Sin este capítulo final la lección estaría ajena a cuanto hay de subyacente y, por tanto, de místico o misterioso en el frente de batalla en el que nos encontramos. Y es este aspecto de la cuestión el que, desde un punto de vista cristiano, nos interesa de un modo especial. Si eutanasia es, etimológicamente, «eu» (bueno) y «thanatos» (muerte), muerte dulce, ninguna muerte más dichosa, más digna del hombre que la muerte en estado de gracia, en amistad con Dios.

Para calibrar la magnitud y la profundidad de este debate hay que partir de lo que puede llamarse la «otredad» del hombre en la naturaleza creada. El hecho de que el hombre, Adán, se sintiera solo en el paraíso, prueba su desigualdad ontológica y cualitativa con el resto de los vivientes. Esta originalidad desigualante del hombre, que le revela su soledad, radica, por contraste con el resto de la creación-a la que está llamado a dominar-, en que tiene un espíritu inmortal, animado por la gracia o vida divina, de la que es partícipe. Pero hay más: no sólo su alma vivificante se halla en el orden de lo sobrenatural, sino que su cuerpo gozaba, como dones preternaturales, de la impasibilidad (no podía sufrir) y de la inmortalidad (no podía morir).

Ahora bien, si el hombre, si los hombres, como nos dice la experiencia de cada día, sufrimos y morimos, y si algo desde nuestra radicalidad se alza en protesta y rebeldía contra el dolor y contra la muerte, será preciso encontrar una explicación al hecho, y esa explicación es que el dolor y la muerte no son hechos biológicos originarios, sino subsiguientes, Y que sólo se explican por la pérdida de los dones preternaturales que adornaban al hombre. De aquí que el dolor y la muerte, en el hombre, no sean hechos puramente biológicos, sino un misterio, la obra del «mysterium iniquitatis». San Pablo, con sobriedad y exactitud, lo explica así: «stipendia peccati mors» (Rom., 6, 53) y «stimulus mortis peccatum est» (1 Cor., 15,56). Las frases de Yavé: «polvo eres y en polvo te has de convertir» y «parirás con dolor» nos ofrecen, con todo su grafismo, las consecuencias que para el hombre tuvo la victoria del misterio de la iniquidad.

Cristo, redentor de la humanidad caída, no vino a desterrar de este mundo ni el dolor ni la muerte. Se limitó, asumiéndolos El mismo, a cambiar su significado. La obra de la redención se realiza y consume en un clima de dolor y de muerte. El Redentor, Cristo, es el «varón de dolores» profetizado por Isaías que, padeciendo, cumple su Pasión, una Pasión en la que su extraordinaria pasibilidad hizo que el sufrimiento adquiriese tonalidades y matices, físicos, psíquicos y morales, que sólo es posible vislumbrar. Por su parte, María, que corredime, perfumando de feminidad la acción redentora personal y exclusiva de Cristo, es, por excelencia, «la Dolorosa». Si el corazón es el que ama, al menos simbólicamente, en el mismo amor recibieron Cristo la lanzada física y la señora los siete puñales de sus siete grandes dolores. Por añadidura, Cristo, que ha asumido el dolor, asumió una muerte, y una muerte cruel y dolorosísima, la muerte de cruz, y con ella todo el proceso preagónico que va desde el huerto de los olivos a la cima del Gólgota.

A partir de ese momento, el hombre, que no puede evadirse del dolor y de la muerte, está facultado -con el cambio de

signo- para incorporarlos al dolor y a la muerte de Cristo, integrándolos en la misma tarea redentora, como si la Encarnación nos enhebrara y se prolongara en cosa uno de nosotros, en un «Mystici Corporis Christi».

Tal es lo que san Pablo nos dice con respecto al dolor: «me gozo de lo que padezco... (pues) estoy cumpliendo en mi carne lo que resta de padecer a Cristo» (Col., 1,24), y con respecto a la muerte, conjugando la incorporación de la nuestra a la de Cristo, para incorporarnos en ella a El, para la resurrección (Rom., 6, 4 y 5).

El dolor, para el cristiano, tiene seis valencias distintas: expiatoria, meritoria, comunicativa, resignativa, participativa y redentora. (Ve Pío XII, discurso citado de 24-II-1957, y Juan Pablo II, 21 -VII- 1981. )

Ahora bien, sólo los santos han comprendido en todas sus dimensiones esta contemplación teológica del dolor, de la muerte y de la muerte dolorosa. No nos será posible aquí hacer un relate exhaustiva de esa comprensión, felizmente numerosa, ejemplar y estimulante. Bástenos las frases «sufrir o morir» que tantos de ellos pronunciaron, y dos citas: Una clásica, de Santa Teresa, y otra, más reciente, de fray María Rafael, el monje trapense.

Los versos conocidos de santa Teresa, «en tan alta vida espero-que muero porque no muero», ponen de relieve la mística desazón, el drama íntimo que nace del deseo vehemente de morir, por llegar adonde «el vivir se alcanza y el gozo que la proximidad de alcanzar esa vida, reforzando la propia, prorrogue el dolor de no alcanzarla».

Fray María Rafael nos dejó un ejercicio de la «Vía Crucis» que uno de sus hermanos de religión tuvo el acierto de entresacar de sus escritos, poniendo, para presidir las estaciones, un perfil de un Jesús paciente, que el propio fray María Rafael había dibujado a lápiz («Vía Crucis», P. s. Edit., Covarrubias, 19, Madrid, 3a ed., 1977) Ese dibujo solitario, al cambiar de posición, nos presenta un rostro de Jesús compasivo, anhelante, fatigado, atribulado, agradecido, sorprendido, abrumado, enternecido, aplastado, confundido, contrariado, agonizante, desfigurado y plácido.

Pues bien, en su «Vía Crucis» personal, fray María Rafael adscribe: «¡Quién tuviera fuerzas de gigante para sufrir! ¡Qué bien se vive sufriendo! Sólo el insensato que no adore la Pasión de Cristo, la Cruz de Cristo, puede desesperarse de sus propios dolores.»

En todo caso, hay que subrayar que el dolor y la muerte son obra del señor de la muerte, del diablo, «qui habebat mortis imperium» (Heb., 2,14). Por ello, es lógico que trate de utilizarlos en cosa hombre concreto, a cuyo nivel personal libra desafortadamente un Apocalipsis subjetivo. El combate, en última instancia, es entre el diablo, homicida «desde el principio» (Juan, 8,44), señor de la muerte, y Cristo, que de sí mismo dice: «Yo soy la Vida» (Juan, 11,25 y 14,6). Al señor de la muerte le interesa que la muerte de cada hombre, cambiando de signo, no sea integración en la Vida. El señor de la muerte sabe que la muerte que él trajo es no sólo muerte corporal, sino muerte eterna, y sabe también que la muerte de Cristo, y en ella la del hombre, es Vida eterna para el alma, y resurrección de un cuerpo incorruptible y glorioso para la eternidad (1 Cor., 15, 42/44). De aquí su combate contra la Vida, en la vida del moribundo, en la vida del hombre a punto de terminar. Le enloquece aquello de san Pablo: «ubi est mors, victoria tua?», ubi est mors, stimulus tuus?» (1 Cor., 15,55) y le asombra el prodigio de la incorruptibilidad temporal del cuerpo de algunos santos incorruptibilidad que es la hermana menor del cuerpo resucitado y glorioso, como el pudor y el sueño son hermanos menores de la castidad y de la muerte.

Por eso, ante la utilización diferente del dolor, la postura cristiana es doble: combatirlo y aceptarlo. Pío XII (24II-1957), partiendo de un principio claro, que «el crecimiento en el amor de Dios y en el abandono a su voluntad no procede de los sufrimientos mismos, que se aceptan, sino de la intención voluntaria sostenida por la gracia», dijo lo siguiente: a) «si algunos moribundos consienten en sufrir como medida de expiación y fuente de méritos..., que no se les imponga la anestesia», y b) «si, por el contrario, el progreso en el amor de Dios y en el abandono a su voluntad puede agrandarse y hacerse más viva si se atenúan los sufrimientos, porque éstos agravan el estado de debilidad y agotamiento físico, estorban el impulso del alma y minan las fuerzas morales, debe acudirse a la supresión del dolor (que) procure una distensión orgánica y psíquica (y) que facilitando la curación haga posible una entrega, de sí, más generosa.»

A este doble comportamiento ante el dolor del moribundo no se puede oponer, como muestra del heroísmo cristiano, el hecho de que el señor de la Vida rechazara beber, clavado y atormentado en la Cruz, el vino mezclado con mirra que le ofrecieron (Mc., 15,23), porque si ello es así, también lo es que aceptó en Getsemaní el consuelo del ángel que le confortaba (Lc., 22,43) luego de rogar al Padre que le evitase, si fuera posible, beber el cáliz de su pasión (Mt., 26,39; Mc., 14, 36; Lc., 22,42) y de aceptar en cualquier caso su voluntad: «fiat voluntas tua» (Mt., 26,42).

Más aún, ante la posibilidad alegada por Cuello Colón («El problema jurídico penal de la eutanasia», en «Tres temas penales», Madrid, 1955) de que los moribundos, aquejados por los sufrimientos, pueden pecar de impaciencia y murmuración, la terapia dolorosa se impone por un deber de caridad.

La lucha contra el dolor no sólo como exigencia biológica, sino como faceta de la lucha contra el que lo hizo posible, es decir, contra el señor de la muerte, impone, con el deber de conservar la vida y de curarse, la medicación y la asistencia en las operaciones dolorosas, ha dado origen, en el ejercicio del quehacer misericordioso a la enorme tarea hospitalaria de la Iglesia, en el curso de los siglos, y a la fundación de instituciones religiosas con esa finalidad.

Juan de Dios y Camilo de Lelis, Juana Jugan y Teresa Fonet son ejemplos, entre tantos, de un acercamiento caritativo a los enfermos y ancianos cuya hora de morir se aproxima. Si los que lloran suelen hacerlo porque sufren, ese acercamiento caritativo aspira a la eutanasia teológica del moribundo, recordándoles aquello que nos transcribe el evangelista san Mateo (5,3): «Bienaventurados los que lloran, porque ellos serán consolados»..

## SEGUNDA PARTE

### Ética de la eutanasia

#### I.- Introducción.

- Plantear los problemas éticos del morir supone utilizar una metodología coherente basada en el valor de la vida humana, la cual, a veces, se encuentra en conflicto con otro valor, concretamente el valor de morir dignamente. Cuando no existen esas situaciones conflictivas, ninguna ética razonable encuentra dificultad en mantener y defender el valor de la vida humana en el paciente, esté cercano o no al desenlace final.

#### II.- Premisas metodológicas.

- Adoptamos, pues, como perspectiva metodológica el principio del conflicto de valores. Afirmamos el valor de la vida humana no sólo en general, sino también en aquella situación en la que la persona se encuentre cercana al desenlace final, bien sea por ancianidad o por enfermedad. Habrá situaciones conflictivas cuando surga otro valor que también deba ser tenido en cuenta dentro de esa situación de cercanía del paciente al desenlace final, frente al valor de la vida humana de éste solamente se puede constituir en auténtico conflicto ético el valor de morir con dignidad.

Con respecto al valor de la vida humana hay que afirmar lo siguiente:

- La vida humana tiene valor por ella misma; posee una inviolabilidad axiológica de carácter apriorístico.
- La vida humana no adquiere ni pierde valor ético por situarse en condiciones de aparente "des crédito" (v.g. vejez, inutilidad social, etc).
- El valor de la vida humana es el apoyo fundamental y al mismo tiempo el signo privilegiado de los valores éticos y de los derechos sociopolíticos de la persona.
- La vida humana, lo mismo que la persona, no debe ser instrumentalizada en relación con otros fines distintos de ella misma. No puede constituirse auténtico conflicto ético entre el valor de la vida humana, incluso si se encuentra en fase terminal, y un valor social.
- La vida humana no debe ser instrumentalizada por el mismo individuo que goza de ella. No puede constituirse auténtico conflicto ético entre el valor de la vida del paciente y otro bien del mismo que no englobe la totalidad valorativa de la persona.

Pero por otra parte, también es necesario afirmar el valor de la "muerte digna". Consiguientemente, en las situaciones sobre todo de la distansia, puede hablarse de auténtico conflicto de valores cuando entran en juego el valor de la vida humana y el valor del morir dignamente, ya que este valor se enraíza, lo mismo que el valor de la vida humana de éste solamente se puede constituir en auténtico conflicto ético el valor de morir con dignidad.

Con respecto al valor de la vida humana hay que afirmar lo siguiente:

- La vida humana tiene el valor por ella misma; posee una inviolabilidad axiológica de carácter apriorístico.
- La vida humana no adquiere ni pierde valor ético por situarse en condiciones de aparente "des crédito" (v.g. vejez, inutilidad social, etc.).
- El valor de la vida humana es el apoyo fundamental y al mismo tiempo el signo privilegiado de los valores éticos y de los derechos sociopolíticos de la persona.
- La vida humana, lo mismo que la persona, no debe ser instrumentalizada en relación con otros fines distintos de ella misma. No puede constituirse auténtico conflicto ético entre el valor de la vida humana, incluso si se encuentra en fase terminal y sin valor social.
- La vida humana no debe ser instrumentalizada por el mismo individuo que goza de ella.

La pregunta más decisiva se concreta en el significado directo y en las implicaciones morales que arrastra la exigencia ética del morir en cuanto "acción humana". En la actualidad se formula esta exigencia con la expresión "morir dignamente", que tiene otras equivalentes: morir humanamente, derecho a la propia agonía, morir serenamente, morir "a la antigua", muerte ideal, muerte digna del hombre, etc; que se resumen con el neologismo ortonasia o derecho a morir dignamente. Derecho que conlleva una serie de exigencias que han de ser observadas por la sociedad:

- Atención al moribundo con todos los medios que posee actualmente la ciencia médica para aliviar su dolor y prolongar su vida humana.
- No privar al moribundo del morir en cuanto "acción personal", ya que el morir es la suprema acción del hombre.
- Liberar la muerte del "ocultamiento" o "clandestinidad" a que es sometida en la sociedad actual.
- Organizar un servicio hospitalario adecuado, a fin de que la muerte sea un acontecimiento asumido conscientemente por el hombre y vivido en clave comunitaria.
- Favorecer la vivencia del misterio humano-religioso de la muerte; la asistencia religiosa cobra en tales circunstancias un relieve especial.
- Pertenece al contenido del "derecho a morir humanamente" el proporcionar al moribundo todos los remedios oportunos para calmar el dolor, aunque este tipo de terapia suponga una abreviación de la vida y suma al individuo en un

estado de inconsciencia. Sin embargo, no puede privar al moribundo de la posibilidad de asumir su propia muerte, de hacerse la pregunta radical de su existencia, de la libertad de optar por vivir lúcidamente aunque con dolores, etc.

### **III.- Situaciones éticas y valoración de la eutanasia.**

#### **3.1.- Situaciones eutanásicas.**

Entendemos por situaciones eutanásicas aquéllas en las que el valor de la vida humana parece encontrarse en una condición tal de ocaso que una terapia de anticipación de la muerte aparece como mejor alternativa.

Desde un punto de vista médico, eutanasia es todo tipo de terapia que suponga objetiva o intencionalmente, directa o indirectamente, el adelantamiento de la muerte. Aunque los moralistas actuales siguen distinguiendo entre eutanasia "positiva" y "negativa", preferimos entender la última dentro de los esquemas de la distanasia, reservando el término "eutanasia" para la primera, sea directa e indirecta, sea realizada por acción o por omisión.

La consideración ética, añade al concepto médico de eutanasia, un horizonte comprensivo nuevo, refiere la terapia eutanásica de acortamiento de la vida o de adelantamiento de la muerte al universo de los valores morales. Las situaciones eutanásicas para la ética son aquellas terapias eutanásicas que se aprueban o reprueban moralmente por referencia a una escala de valores. Concretamente, la aprobación o el rechazo morales dependen del modo de resolver el conflicto entre el valor de la vida humana y el valor de morir como alternativa mejor aquí y ahora frente al vivir.

Las situaciones eutanásicas pueden agruparse de diversos modos según el criterio de sistematización. Destacamos dos grupos:

- 1) Personal.- La que se realiza por opción del interesado o de sus familiares o de un tercero interesado en la situación.
- 2) Legal.- La que es impuesta o tolerada(despenalizada) por la ley.

Tanto una como otra pueden realizarse de dos maneras: por ciertos motivos, como evitar dolores y molestias al paciente, rematar heridos agonizantes en el campo de batalla, deshacerse de ancianos "inútiles" en fase decrepita, etc.; o por simple elección libre del paciente o anciano que juzga más humano hacer del morir un acto de personal disposición.

#### **3.2.- Valoración moral de la eutanasia.**

Nos referimos a aquellas situaciones en las que el paciente, sus familiares u otras personas comprendidas en la situación, consideran preferible abreviar la vida y, consiguientemente, adelantar la muerte por motivos tales como liberarse de una agonía prolongada, liberarse de sufrimientos notables, deshacerse de una vida "inútil" (v.g. ancianos, minusválidos, etc), hacer del morir una "elección libre", etc. Todas estas situaciones llevan a plantear el siguiente interrogante. ¿Se puede hablar en esos casos de auténtico conflicto ético entre el valor de la vida y esos valores señalados que constituirían el contenido del derecho a morir dignamente?.

Contestamos rotundamente de un modo negativo, frente a las posturas extremas de ciertos moralistas y de aquéllos que parecen equiparar la eutanasia con las situaciones de distanasia, hablando indistintamente para ambas situaciones de "muerte libremente elegida". Tan sólo mencionaremos algunos de los argumentos que se han dado continuamente por la moral para condenar toda acción que tienda a abreviar directamente la vida del moribundo. Estos son: la inviolabilidad de la vida humana, el sinsentido de la proposición de otros valores por encima del valor de la vida humana, el peligro de arbitrariedad por parte de los "poderosos" (v.g. autoridades, técnicos, etc), la consideración "utilitarista" de la vida del hombre, la pérdida de nivel moral en la sociedad, etc. Ahora bien, esta valoración tajante no impide que se tengan en cuenta los diversos matices que nacen de la distinción entre dimensión objetiva y dimensión subjetiva y entre consideración moral (pecado) y consideración jurídica (crimen).

### **IV.- Ética de la distanasia.**

El término distanasia es de reciente acuñación y se refiere a ciertas situaciones médicas creadas por el empleo de una nueva técnica terapéutica, la reanimación; es decir, la distanasia es la práctica que tiende a alejar lo más posible la muerte, utilizando no sólo los medios ordinarios, sino los extraordinarios muy costosos en sí mismos o en relación con la situación económica del enfermo y su familia.

La realidad contraria a la distanasia es la adistanasia o antidistanasia, consistente en "dejar morir en paz" al enfermo sin propiciarle los medios conducentes a retrasar la muerte inminente. Para tener mejor conocimiento de esta realidad contemplemos las situaciones distanásicas y su valoración moral.

#### **4.1.- Situaciones distanásicas.**

Las situaciones distanásicas y sus correspondientes adistanásicas pueden ser clasificadas desde diversos criterios en razón de:

- 1) El carácter ordinario o extraordinario de los medios que han de ser empleados para mantener la vida al paciente.

- 2) El sujeto paciente que se trate (joven, persona más o menos cualificada, anciano, etc.).
- 3) Las posibles esperanzas de recuperación mediante los procesos terapéuticos de reanimación.

De los tres criterios citados, creemos que el último es el más decisivo. Los otros dos suponen en el fondo una discriminación injusta que la ética puede inicialmente aceptar para sobre ella construir los criterios y las soluciones morales. Si aceptamos el último criterio como válido para hacer una tipificación de las situaciones distanásicas, tenemos que hacer una catalogación de casos, cuyo espectro de posibilidades irá desde el paciente que solamente tiene vida vegetativa (sin vida propiamente humana) hasta el que realmente goza de vida plenamente humana; pero para cuya permanencia precaria y por poco tiempo, se requieren tratamientos por encima de lo normal.

#### 4.2.- Valoración moral de la distanasia.

Creemos que entra dentro del derecho a morir humanamente no prolongar indebidamente la vida del hombre más allá de lo que presumiblemente es el espacio de la realización de la libertad humana. Mientras que juzgamos inmoral todo procedimiento conducente a la eutanasia, opinamos que deberían proponerse pistas más abiertas para orientar la conciencia moral con relación a las situaciones distanásicas. Concretamente en las siguientes situaciones:

- 1) Vidas mantenidas con técnicas de reanimación. Con respecto a la reanimación, pueden presentarse situaciones diversas. Si se llega a comprobar que ha tenido lugar la "muerte clínica" o muerte irreversible de la corteza cerebral, no tiene sentido mantener la vida puramente vegetativa. Aun cuando no pueda comprobarse la existencia de la muerte clínica, se dan situaciones en las que la reanimación lo único que puede lograr es la prolongación de una vitalidad parcial, a veces reducida a reflejos exclusivamente vegetativos. En tales situaciones no es inmoral, y a veces será recomendable suspender el tratamiento distanásico.
- 2) Situaciones en que el dejar morir es recomendable. Existen situaciones en las que no hay obligaciones de prolongar la vida humana y en las que se puede dejar morir al paciente. Conviene advertir, que este "dejar morir" no es lo mismo que "hacer morir", realidad esta última que se identifica con la eutanasia.

### **TERCERA PARTE**

#### **LA EUTANASIA DESDE UNA PERSPECTIVA LAICA CONTRARIA A LA LEY NATURAL.**

*Helga Kuhse*

#### **1. Introducción**

El término «eutanasia» se compone de dos palabras griegas *-eu* y *thanatos-* que significan, literalmente, «buena muerte». En la actualidad se entiende generalmente por «eutanasia» la procura de una buena muerte -un «asesinato piadoso»- en el que una persona, A, pone fin a la vida de otra persona, B, por el bien de ésta. Esta noción de eutanasia destaca dos rasgos importantes de los actos de eutanasia. En primer lugar, que la eutanasia supone acabar deliberadamente con la vida de una persona; y, en segundo lugar, que esto se lleva a cabo por el bien de la persona de cuya vida se trata -normalmente porque padece una enfermedad incurable o terminal. Esto distingue a la eutanasia de la mayoría de las demás formas de quitar la vida.

En todas las sociedades conocidas impera uno o varios principios que prohíben quitar la vida. Pero las diferentes tradiciones culturales conocen grandes variaciones por lo que respecta a cuándo se considera malo quitar la vida. Si nos remontamos a las raíces de nuestra tradición occidental, encontramos que en la Grecia y Roma antiguas tenían una amplia aceptación prácticas como el infanticidio, el suicidio y la eutanasia. La mayoría de los historiadores de la moral occidental coinciden en que el judaísmo y el advenimiento del cristianismo contribuyeron considerablemente a la noción general de la santidad de la vida humana y de que ésta no debe quitarse deliberadamente. De acuerdo con estas tradiciones, acabar con una vida humana inocente es usurpar el derecho de Dios a dar y quitar la vida. Algunos escritores cristianos influyentes también lo han considerado una violación de la ley natural. Esta noción de inviolabilidad absoluta de la vida humana inocente permaneció virtualmente sin cambios hasta el siglo XVI en que Sir Thomas More publicó su *Utopía*. En este libro, More describe la eutanasia para los enfermos sin curación como una de las instituciones importantes de una comunidad ideal imaginaria. En los siglos posteriores, los filósofos ingleses (en particular David Hume, Jeremy Bentham y John Stuart Mill) cuestionaron la base religiosa de la moralidad y la prohibición absoluta del suicidio, la eutanasia y el infanticidio. Por otra parte, el gran filósofo alemán del siglo XVIII Immanuel Kant, aun creyendo que las verdades morales se fundaban más en la razón que en la religión, pensó que «el hombre no puede tener la facultad de quitarse la vida» (Kant, 1986, pág. 148). Quienes han defendido la permisibilidad moral de la eutanasia han aducido como principales razones la compasión para los enfermos incurables y con el paciente que sufre y, en el caso de la eutanasia voluntaria, el respeto a la autonomía. En la actualidad existe un amplio apoyo popular a algunas formas de eutanasia, y muchos filósofos actuales han defendido la eutanasia por razones morales. Sin embargo, la oposición religiosa oficial (por ejemplo, de la Iglesia Católica Romana) permanece invariable, y la eutanasia activa sigue siendo un crimen en todos los países a excepción de en Holanda. En este país, una serie de casos judiciales, a partir de 1973, han servido para fijar las condiciones en las que los médicos, y sólo

éstos, pueden practicar la eutanasia: la decisión de morir debe ser una decisión voluntaria y reflexiva de un paciente informado; debe haber sufrimiento físico o mental que el paciente considera insoportable; no debe existir ninguna otra solución razonable (es decir, aceptable para el paciente) para mejorar la situación; el médico debe consultar a otro profesional con experiencia.

Antes de considerar más detalladamente los argumentos a favor y en contra de la eutanasia, será preciso establecer algunas distinciones. La eutanasia puede adoptar tres formas: puede ser voluntaria, no voluntaria e involuntaria.

## 2. Eutanasia voluntaria, no voluntaria e involuntaria

El siguiente caso constituye un ejemplo de eutanasia *voluntaria*:

María F. estaba muriéndose a causa de una enfermedad debilitante progresiva. Había alcanzado la fase en la que se encontraba casi totalmente paralizada y en la que periódicamente necesitaba un respirador para seguir viviendo. Sufría un considerable malestar. Sabiendo que no tenía esperanza y que las cosas podían empeorar, María F. quiso morir. Le pidió a su médico que le administrase una inyección letal para poner fin a su vida. Tras consultar a su familia y a los miembros del equipo médico, el doctor II. le administró la inyección letal solicitada y María F. falleció.

El caso de María F. es un caso claro de eutanasia voluntaria; es decir, eutanasia practicada por A a petición de B, por el bien de B. Existe una estrecha vinculación entre la eutanasia voluntaria y el suicidio asistido, en el que una persona ayuda a otra a poner fin a su vida -por ejemplo, cuando A consigue los fármacos que permitirán a B suicidarse.

La eutanasia puede ser voluntaria incluso si la persona ya no es competente para manifestar su deseo de morir cuando concluye su vida. Uno puede desear que su vida termine si alguna vez se encuentra en una situación en la que, aun padeciendo una enfermedad dolorosa e incurable, la enfermedad o el accidente le han despojado a uno de sus facultades racionales, y va no es capaz de decidir entre la vida y la muerte. Si, mientras se es competente, se manifiesta el deseo firme de morir en una situación como esta, la persona que le quita la vida en las circunstancias adecuadas actúa a petición del paciente y realiza un acto de eutanasia voluntaria.

La eutanasia es *no voluntaria* cuando la persona cuya vida termina no puede elegir por sí misma entre la vida y la muerte -por ejemplo, porque tiene una enfermedad incurable o se trata de un recién nacido incapacitado, o porque la enfermedad o un accidente le han vuelto permanentemente incompetente, sin que esa persona haya manifestado anteriormente si desearía o no la eutanasia en determinadas circunstancias.

La eutanasia es *involuntaria* cuando se practica a una persona que habría sido capaz de otorgar o no el consentimiento a su propia muerte, pero no lo ha dado -bien porque no se le pidió o porque se le pidió pero lo rechazó, y quiso seguir viva. Si bien los casos claros de eutanasia involuntaria serían relativamente raros (por ejemplo, casos en los que A dispara a B sin el consentimiento de éste para evitarle caer en manos de un torturador sádico) se ha afirmado que algunas prácticas médicas de aceptación general (como la administración de dosis cada vez mayores de fármacos analgésicos que eventualmente ocasionarán la muerte del paciente, o la retirada no consentida de un tratamiento para seguir vivo) equivalen a la eutanasia involuntaria.

## 3. Eutanasia activa y pasiva

Hasta aquí hemos definido de forma amplia la «eutanasia» como «matar por compasión», una acción en la que A ocasiona la muerte a B por el bien de B. Sin embargo A puede ocasionar la muerte de B de dos maneras: A puede matar a B, por ejemplo, administrándole una inyección letal; o bien A puede permitir morir a B retirándole o negándole un tratamiento que le mantiene con vida. Los casos del primer tipo se denominan típicamente eutanasia «activa» o «positiva», mientras que los del segundo tipo suelen denominarse eutanasia «pasiva» o «negativa». Los tres tipos de eutanasia antes citados -eutanasia voluntaria, no voluntaria e involuntaria- pueden ser pasivos o activos.

Si modificamos ligeramente el anterior caso de María F., se convierte en un caso de eutanasia voluntaria pasiva:

María F. estaba muriéndose a causa de una enfermedad debilitante progresiva. Había alcanzado la fase en la que se encontraba casi totalmente paralizada y en la que periódicamente necesitaba un respirador para seguir viviendo. Sufría un considerable malestar. Sabiendo que no tenía esperanza y que las cosas podían empeorar, María F. quiso morir. Le pidió a su médico que le asegurase que la próxima vez que le faltase la respiración no le pusiese en el respirador. El médico accedió a los deseos de María, dio las instrucciones oportunas al personal de enfermería, y María falleció ocho horas después por fallo respiratorio.

Hay una coincidencia generalizada de criterio de que tanto las omisiones como las acciones pueden constituir eutanasia. La Iglesia Católica Romana, en su *Declaración sobre la eutanasia*, por ejemplo, define la eutanasia como «una acción u omisión que ocasiona por sí misma o intencionadamente la muerte» (1980, pág. 6). Sin embargo, hay divergencias filosóficas sobre *qué* acciones y omisiones equivalen a la eutanasia. Así, en ocasiones se niega que un doctor practique la eutanasia (pasiva y no voluntaria) cuando se abstiene de resucitar a un recién nacido con incapacidad grave, o que un médico practique algún tipo de eutanasia cuando administra dosis cada vez mayores de un analgésico que sabe que eventualmente determinará la muerte del paciente. Otros autores afirman que *toda vez que* un agente participa de forma deliberada y consciente en una acción u omisión que determina la muerte prevista del paciente, ha practicado una eutanasia activa o pasiva.

A pesar de la gran diversidad de puntos de vista sobre esta cuestión, los debates sobre la eutanasia se han centrado una y otra vez sobre determinados temas:

1. ¿Es moralmente relevante que se ocasione activamente (o positivamente) la muerte, en vez de que ésta tenga lugar por la retirada o no aplicación de un tratamiento de apoyo vital?
2. ¿Deben utilizarse siempre todos los medios disponibles de apoyo a la vida, o bien existen determinados medios «extraordinarios» o «desproporcionados» que no han de utilizarse?
3. ¿Es moralmente relevante que se pretenda directamente la muerte del paciente, o que ésta se produzca como consecuencia meramente prevista de la acción u omisión del agente?

A continuación se ofrece un breve resumen de estos debates.

#### **4. Acciones y omisiones / matar y dejar morir**

Disparar a alguien es una acción: dejar de ayudar a la víctima de un disparo es una omisión. Si A dispara a B y éste muere, A ha matado a B. Si C no hace nada por salvar la vida de B, C deja morir a B. Pero no todas las acciones u omisiones que determinan la muerte de una persona tienen un interés central en el debate de la eutanasia. El debate de la eutanasia se centra en las acciones y omisiones *intencionadas* -es decir, en la muerte ocasionada de manera deliberada y consciente en una situación en la que el agente podría haber obrado de otro modo-, es decir, en la que A podría haberse abstenido de matar a B, y en la que C podría haber salvado la vida de B. La distinción entre matar y dejar morir, o entre eutanasia activa y pasiva, plantea algunos problemas. Si la distinción entre matar/dejar morir se basase simplemente en la distinción entre acciones y omisiones, el agente que, por ejemplo, desconecta la máquina que mantiene vivo a B, mata a B, mientras que el agente que se abstiene de conectar a C a una máquina que le mantiene con vida, meramente permite morir a C. Algunos autores consideran poco plausible esta distinción entre matar y dejar morir, y se han realizado intentos por establecer la distinción de otro modo. Una idea plausible es concebir el matar como iniciar un curso de acontecimientos que conducen a la muerte; y permitir morir como no intervenir en un curso de acontecimientos que ocasionan la muerte. Según esta distinción, el administrar una inyección letal sería un caso de matar; mientras que no conectar al paciente a un respirador, o desconectarle, sería un caso de dejar morir. En el primer caso, el paciente muere en razón de acontecimientos desencadenados por el agente. En el segundo caso, el paciente muere porque el agente no interviene en un curso de acontecimientos (por ejemplo, una enfermedad que supone riesgo para la vida) que ya está en marcha y no es obra del agente.

¿Es moralmente significativa la distinción entre matar o dejar morir, o entre eutanasia activa y pasiva? ¿Es siempre moralmente peor matar a una persona que dejar morir a una persona? Se han aducido varias razones por las que esto es así. Una de las más plausibles es que un agente que mata ocasiona la muerte, mientras que un agente que meramente deja morir permite que la naturaleza siga su curso. Se ha argumentado que esta distinción entre «hacer que suceda» y «dejar que suceda» es moralmente importante por cuanto pone límites al deber y responsabilidad de salvar vidas de un agente. Si bien no exige o exige muy poco esfuerzo el abstenerse de matar a alguien, suele exigir esfuerzo salvar a una persona. Si matar y dejar morir fuesen moralmente equivalentes -prosigue el argumento- seríamos tan responsables de la muerte de quienes dejamos de salvar como de la muerte de aquellos a quienes matamos -y dejar de ayudar a los africanos que se mueren de hambre sería moralmente equivalente a enviarles comida envenenada (véase Foot, 1980, págs. 161-2). Y esto es, según esta argumentación, absurdo: somos más responsables -o lo somos de manera diferente- de la muerte de quienes matamos que de la muerte de quienes dejamos de salvar. Así, matar a una persona es, en igualdad de condiciones, peor que dejar morir a una persona.

Pero incluso si en ocasiones puede establecerse una distinción moralmente relevante entre matar y dejar morir, por supuesto esto no significa que siempre predomine esta distinción. Al menos en ocasiones somos tan responsables de nuestras omisiones como de nuestras acciones. Un padre que no alimenta a su hijo, o un médico que deja de dar insulina a un diabético por lo demás sano, no serán absueltos de responsabilidad moral simplemente por indicar que la persona a su cargo falleció a consecuencia de algo que dejaron de hacer.

Además, cuando se plantea el argumento sobre la significación moral de la distinción entre matar/dejar morir en el contexto del debate de la eutanasia, hay que considerar un factor adicional. Matar a alguien, o dejar deliberadamente morir a alguien, es por lo general algo malo porque priva a esa persona de su vida. En circunstancias normales, las personas aprecian su vida, y su mejor interés es seguir con vida. Esto es diferente en el contexto de la problemática de la eutanasia. En estos casos, el mejor interés de una persona es morir -y no seguir con vida. Esto quiere decir que un agente que mata, o un agente que deja morir, no está dañando sino beneficiando a la persona de cuya vida se trata. Esto ha llevado a sugerir a los especialistas en esta materia lo siguiente: si realmente somos más responsables de nuestras acciones que de nuestras omisiones, entonces A que mata a C en el contexto de la eutanasia estará obrando moralmente mejor, en igualdad de condiciones, que B que deja morir a C -pues A beneficia positivamente a C, mientras que B meramente permite obtener cierto beneficio a C.

#### **5. Medios ordinarios y extraordinarios**

La poderosa tecnología médica permite a los médicos mantener la vida de muchos pacientes que, hace sólo una o dos décadas, habrían fallecido porque no se disponía de semejantes medios para evitar la muerte. Con esto se plantea una vieja cuestión con renovada urgencia: ¿deben hacer siempre los médicos todo lo posible por intentar salvar la vida de un paciente? ¿Deben aplicar esfuerzos «heroicos» para añadir otras pocas semanas, días u horas a la vida de un enfermo terminal de cáncer? ¿Debe siempre buscarse un tratamiento activo de niños con tantos defectos congénitos que su corta vida será poco más que un sufrimiento continuo?

La mayoría de los autores de este ámbito concuerdan que en ocasiones debe retirarse a un paciente el tratamiento que le mantiene con vida, y permitirle morir. Esta noción la comparten incluso aquellos que consideran siempre mala la eutanasia o la terminación intencionada de la vida. Plantea la necesidad apremiante de criterios para distinguir entre omisiones permisibles y no permisibles de medios para mantener a una persona con vida.

Tradicionalmente, esta distinción se ha establecido en términos de los llamados medios de tratamiento ordinarios y extraordinarios. La distinción tiene una larga historia y fue utilizada por la Iglesia Católica Romana para hacer frente al problema de la intervención quirúrgica antes de la aparición de la antisepsia y la anestesia. Si un paciente rechazaba los medios ordinarios -por ejemplo, el alimento- este rechazo se consideraba suicidio, o una terminación intencionada de la vida. Por otra parte, el rechazo de medios extraordinarios (por ejemplo, una intervención dolorosa o arriesgada) no se considera una terminación intencionada de la vida.

En la actualidad la distinción entre medios para mantener la vida considerados ordinarios y obligatorios y los que no lo son se expresa a menudo en términos de medios de tratamiento «proporcionados» y «desproporcionados». Un medio es «proporcionado» si ofrece una esperanza de beneficio razonable al paciente; en caso contrario es «desproporcionado» (véase Sagrada Congregación para la Doctrina de la Fe, 1980, págs. 9-10).

Así entendida, la distinción entre medios proporcionados y desproporcionados es claramente significativa desde el punto de vista moral. Pero por supuesto no es una distinción entre medios de tratamiento, simplemente considerados como medios de tratamiento. Más bien se trata de una distinción entre beneficios proporcionados o desproporcionados que diferentes pacientes pueden obtener de un tratamiento particular. Así, el mismo tratamiento puede ser proporcionado o desproporcionado, en función del estado médico del paciente y de la calidad y cantidad de vida que puede ganar el paciente con su utilización. Por ejemplo, una operación dolorosa e invasiva puede ser un medio «ordinario» o «proporcionado» si se practica a una persona por lo demás sana de veinte años que tiene posibilidades de ganar una vida; podría considerarse «extraordinaria» o «desproporcionada» si se practica a un paciente anciano, que tiene además otra enfermedad debilitante grave. Incluso un tratamiento tan simple como una dosis de antibiótico o una sesión de fisioterapia se considera en ocasiones un tratamiento extraordinario y no obligatorio (véase Grupo de trabajo del Linacre Centre, 1982, págs. 46-8).

Esta comprensión de los medios ordinarios y extraordinarios sugiere que un agente que se abstiene de utilizar medios de tratamiento extraordinarios participa en una eutanasia pasiva: A retira a B un tratamiento que potencialmente le mantendría con vida en beneficio del propio B.

Sin embargo, no todos están de acuerdo en que la interrupción de un tratamiento extraordinario o desproporcionado constituya un caso de eutanasia pasiva. A menudo se afirma que la «eutanasia» supone la terminación deliberada o intencionada de la vida. El administrar una inyección letal o retirar medidas ordinarias de apoyo a la vida son casos de terminación intencionada de la vida. El retirar medidas extraordinarias y permitir morir al paciente, no. Entonces se plantea la siguiente cuestión: ¿qué «hace» el médico cuando retira un tratamiento desproporcionado de apoyo a la vida de B, previendo que a consecuencia de ello B morirá? ¿Y cómo puede distinguirse este modo de ocasionar la muerte del paciente (o de permitir su muerte) por lo que respecta a la intención del agente, de retirar, por una parte, un cuidado ordinario, o, por otra, de administrar una inyección letal?

Esto nos lleva al tercer tema central en el que se ha planteado el debate sobre la eutanasia: la distinción entre muertes directamente intencionadas y muertes meramente previstas.

## 6. Pretender la muerte y prever que va a tener lugar

Si A administra una inyección letal a B para poner fin al sufrimiento de éste, A ha puesto intencionadamente fin a la vida de B. Este caso no admite controversia. Pero ¿pone A también intencionadamente fin a la vida de B cuando pretende aliviar el dolor de B mediante dosis cada vez mayores de fármacos («analgesia piramidal») que sabe que eventualmente ocasionaran la muerte de B? Y ¿ha puesto A intencionadamente fin a la vida de B cuando desconecta el respirador que mantiene a éste con vida, sabiendo que B morirá a consecuencia de ello? Quienes desean mantener que, a diferencia del segundo y del tercer caso, el primero es un caso de eutanasia o terminación intencionada de la vida, han intentado establecer una distinción entre estos casos en términos de resultados directamente intencionados, y de consecuencias previstas pero no intencionadas. En una reflexión sobre la administración de dosis cada vez mayores y potencialmente letales de analgésicos, la *Declaración sobre la eutanasia* del Vaticano afirma que la «analgesia piramidal» es aceptable porque, en este caso «no se pretende o busca en modo alguno la muerte, aun cuando se asume razonablemente el riesgo de que se produzca» (pág. 9). En otras palabras, incluso si A prevé que B va a morir a consecuencia de lo que hace A, la muerte de B es algo sólo previsto y no intencionado directamente. La intención directa es matar el dolor, no al paciente.

Esta distinción entre resultados intencionados y consecuencias ulteriores previstas pero no intencionadas, se formaliza en el Principio del Doble Efecto (PDE). El PDE enumera una serie de condiciones en las cuales un agente puede «permitir» que tenga lugar una consecuencia (como la muerte de una persona) aunque esa consecuencia no sea intencionada por el agente. Santo Tomás, a quien se atribuye el origen del PDE, aplicó la distinción entre consecuencias directamente intencionadas y meramente previstas a las acciones de autodefensa. Si una persona es víctima de un ataque y mata al agresor, su intención es defenderse, y no matar al agresor (*Summa Theologiae*, II, ii).

Por lo que respecta a la distinción entre intención y previsión se han planteado dos cuestiones principales:

- ¿Puede siempre establecerse una distinción clara entre las consecuencias que pretende directamente un agente y las que meramente prevé?

- ¿Es esta distinción, en la medida en que pueda establecerse, moralmente relevante en sí?

Consideremos lo primero a la luz del siguiente ejemplo, frecuentemente citado:

Un grupo de exploradores se ve atrapado en una cueva, en cuyo estrecho orificio de salida está atascado un miembro obeso del grupo, mientras sube el nivel del agua. Si un miembro del grupo hace explotar una carga de dinamita cerca del compañero obeso, ¿diríamos que buscó intencionadamente la muerte de su compañero obeso o que meramente la previó como consecuencia de o bien liberar al grupo, eliminando el cuerpo del compañero obeso de la salida, o de hacerle saltar en pedazos?

Si uno desea afirmar que la muerte del obeso fue claramente intencionada, ¿en qué difiere este caso de aquél en el cual un médico puede administrar a un paciente dosis cada vez mayores de analgésico que previsiblemente le causarán la muerte, sin que se diga que ese médico ha pretendido la muerte del paciente?

Cualquier aplicación sistemática de la distinción entre intención y previsión plantea problemas filosóficos graves, y la literatura está llena de críticas y refutaciones a ésta. Nancy Davis examina parte de esta literatura en el contexto de la ética deontológica (donde la distinción es crucial) en el artículo 17, «La deontología contemporánea». Suponiendo que puedan superarse las dificultades, se plantea la siguiente cuestión: ¿es moralmente relevante en sí misma la distinción entre resultados directamente pretendidos y consecuencias meramente

previstas? Desde un punto de vista moral, ¿importa el que un médico, al administrar un fármaco que considera letal, meramente pretenda aliviar el dolor del paciente o que pretenda directamente poner fin a su vida?

Aquí se establece en ocasiones la distinción entre la bondad o maldad de los agentes: sería característico de un buen agente no pretender directamente la muerte de otra persona. Pero incluso si en ocasiones puede establecerse de este modo la distinción entre la bondad y maldad de los agentes, por supuesto no está claro que pueda aplicarse a los casos de eutanasia. En todos los casos de eutanasia, A pretende beneficiar a B, obrando como haría un buen agente. Sólo si se supone que existe una norma que dice que «un buen agente no debe nunca pretender la muerte de un inocente» tiene sentido el intento de establecer la distinción -y esa norma carece entonces de fundamento.

## 7. Conclusión

Las anteriores distinciones representan diferencias que se consideran muy profundas. Prosigue aún la discusión sobre si estas diferencias son o no moralmente relevantes, y sobre las razones de esta relevancia.

Sin embargo hay un aspecto del debate de la eutanasia que aún no hemos abordado. Con frecuencia se conviene en que no hay una diferencia moral intrínseca entre la eutanasia activa y la eutanasia pasiva, entre medios ordinarios y extraordinarios, y entre muertes directamente pretendidas y muertes meramente previstas. No obstante en ocasiones se argumenta que distinciones como éstas constituyen líneas importantes de demarcación por lo que respecta a la política legislativa. Ésta exige establecer criterios, y entre éstos los más universales son los orientados a salvaguardarnos del homicidio injustificado. Si bien es cierto que estos criterios pueden parecer arbitrarios y filosóficamente problemáticos, sin embargo son necesarios para proteger del abuso a miembros vulnerables de la sociedad. La cuestión es, por supuesto, si este tipo de razonamiento tiene una base sólida: si las sociedades que permiten abiertamente la terminación intencionada de la vida en algunas circunstancias avanzarán inevitablemente por una «pendiente deslizante» y peligrosa que pasará de las prácticas justificadas a las injustificadas.

En su versión *lógica*, el argumento de la «pendiente deslizante» no es convincente. No hay razón lógica por la cual las razones que justifican la eutanasia -la compasión y el respeto por la autonomía- tuvieran que justificar lógicamente también homicidios que no son ni compasivos ni muestran respeto a la autonomía. En su versión *empírica* el argumento de la pendiente deslizante afirma que el homicidio justificado conducirá, de hecho, a homicidios injustificados. Hay poca evidencia empírica en apoyo de esta tesis. Si bien a menudo se cita el programa nazi de «eutanasia» como ejemplo de lo que puede suceder cuando una sociedad reconoce que algunas vidas no merecen la pena, la motivación de estos asesinatos no fue ni la compasión ni el respeto por la autonomía; más bien fue el prejuicio racial y la creencia de que la pureza racial del *Volk* exigía la eliminación de determinados individuos y grupos. Como se indicó, en Holanda está actualmente en práctica un «experimento social» de eutanasia voluntaria activa. Por el momento no hay evidencia de que esto haya impulsado a la sociedad holandesa por una pendiente deslizante.