

LA EUTANASIA Y EL SUICIDIO ASISTIDO

Hacia una ética coherente de la vida humana
Parainfo de la Universidad de Oviedo - Febrero de 1997

1. EL PROBLEMA DE LAS CIFRAS

La encuesta realizada en 1988 a 344 médicos colegiados en Barcelona arroja datos muy significativos¹. El 82% es partidario de la eutanasia *pasiva*: se deben omitir los medios para mantener la vida en caso de un diagnóstico de muerte cerebral; la misma proporción de encuestados cree que se ha de administrar exclusivamente tratamiento para calmar el dolor a los enfermos que atraviesan un proceso irreversiblemente fatal y hayan formulado su deseo de no vivir. No se pudo extraer ninguna respuesta concluyente sobre la frecuencia de la eutanasia pasiva: el 52% cree que es una práctica frecuente y el 48% piensa que no es una práctica habitual.

En cambio, tan sólo el 10% está a favor de la eutanasia *activa* aplicada al enfermo que ha explicitado su deseo de no seguir viviendo: el 9,9% de los médicos son partidarios de ponerla en práctica ante un proceso muerte irreversible y el 5,8% cuando no comporta una amenaza vital. Aún desciende más el porcentaje en caso de enfermos incapacitados para decidir: son partidarios de este tipo de eutanasia el 4,9%, si hay diagnóstico de muerte cerebral, y el 3,2% si tienen lugar procesos claramente fatales.

El supuesto más conflictivo se refería a los pacientes incapacitados para decidir, que sufren un proceso grave pero que no supone amenaza vital: el 56% de los médicos es favorable a la utilización de todos los medios posibles para alargarles la vida, mientras que el 32% sólo es partidario de mitigar el dolor.

A su vez el 80% de los encuestados opina que no se deben utilizar medios técnicos para alargar innecesariamente la vida, cuando el enfermo está ante una situación irreversible y no es capaz de asumirla con posibilidades de conferirle un sentido.

Respecto al tema de la legalización de la eutanasia, el 82,3% de los médicos barceloneses opina que es necesario regular esta práctica mediante una ley. El resto, un 17,2%, se manifiesta contrario por razones de carácter ético-religioso. En cuanto al tipo de eutanasia permitida por la ley, el 52,3% cree que debería ser la eutanasia pasiva, mientras que el 43,2% considera que es necesario regular ambas prácticas.

Otra encuesta más reciente, realizada por Sigma Dos en 1996 sobre una muestra de 1052 personas², revela que siete de cada diez españoles consideran que la eutanasia es una práctica ética, otro 11% de la población se muestra comprensivo hacia ella y sólo el 20% la rechazan. El estudio pone también de manifiesto que la opinión más favorable corre a cargo de los jóvenes de 20 a 29 años (el 79%), sobre todo si tienen estudios universitarios.

Se podrían añadir los resultados de otras encuestas realizadas en diversos países. En cualquier caso las encuestas no sólo indican un estado de opinión, que es imprescindible conocer. Presentan también el problema de la interpretación de las cifras, puesto que no todo el mundo entiende lo mismo cuando habla de la eutanasia. Evitar a un enfermo la tortura de una agonía interminable, desconectarle el respirador automático, suprimirle la alimentación artificial, no iniciar o suspender un tratamiento desproporcionado y sin sentido, administrarle una escala de fármacos para aliviar el dolor y el sufrimiento,

¹ COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS DE BARCELONA, «Encuesta de opinión sobre la legalización de la eutanasia», *Labor Hospitalaria* 212 (1989) 98-105.

² Hay un resumen en la revista *Jano* 1183 (1996) 24.

suministrarle una sobredosis de morfina o una cápsula de cianuro para poner fin a su vida, son todas ellas conductas y situaciones muy diferentes que se encubren bajo la misma palabra.

2. EL PROBLEMA DE LOS TÉRMINOS

Etimológicamente procede de la palabra griega *euthanasia*, que significa «buena muerte» en el sentido de morir sin dolores ni angustias y rodeado de los seres queridos, pero fue adquiriendo connotaciones particulares con el transcurso de la historia. Como ya se sabe, la práctica de la eutanasia fue admitida en la cultura griega (Platón y Aristóteles), en el estoicismo (Séneca), en la época medieval (Averroes), a principios de la época moderna (F.Bacon y T.Moro) y con alusiones indirectas al hablar de la abolición del suicidio por los algunos ilustrados (D.Hume) y hombres de estado (Th.Jefferson). Entre finales del siglo XIX y comienzos del XX hubo autores (A.Jost y K.Binding-A.Hoche) que tuvieron un gran influjo sobre la futura discusión sobre la eutanasia. A partir del año 1933, coincidiendo con la promulgación de la Ley para la Prevención de las Enfermedades Hereditarias por el III Reich, se inició el período más siniestro y vergonzoso de la historia de la eutanasia eliminando de forma masiva, secreta y camuflada a enfermos psíquicos y a otros pacientes aquejados de diversos males. El escándalo de los nazis amortiguó la discusión sobre la eutanasia durante algún tiempo, pero volvió a resurgir con fuerza debido a varios factores:

- El cambio de escenario a la hora de morir: hoy se muere habitualmente en el hospital y existe la convicción de que la muerte suele ser allí un acontecimiento deshumanizado. Así parece apuntarlo el dato de que el 35% de las enfermeras se imaginan su propia muerte rodeadas de sus familiares y jamás en un hospital³.
- La modificación del tiempo de morir o alargamiento excesivo de la agonía, que se hace posible por la aplicación de sofisticadas técnicas biomédicas para prolongar la vida del enfermo terminal hasta incurrir en el «encarnizamiento terapéutico».
- La proliferación de asociaciones que propugnan la eutanasia voluntaria y la adhesión que le han prestado las firmas de relevantes personalidades, como sucedió en 1974 con los premios Nobel L.Pauling, G.Thomson y J.Monod⁴.
- El aumento de la casuística médica y judicial, desde hace un par de décadas, que han puesto de relieve la dificultad de aplicar la palabra eutanasia a situaciones, circunstancias, intenciones y conductas muy diferentes⁵.
- Y, por último, la introducción de un factor decisivo: el principio de autonomía del enfermo. El énfasis que hoy se pone en la defensa de los derechos humanos, entre los que se encuentra el de decidir sobre las intervenciones que se realizan en el propio cuerpo, sustenta la idea de que el hombre es propietario y responsable de su muerte a la que convierte en asunto de elección personal por antonomasia.

Todos estos factores han creado la necesidad de ir añadiendo diferentes calificativos al vocablo principal, o bien a poner en curso otras palabras alternativas, que sirvieran para clarificar las posiciones y los límites del debate.

³ Cfr. S. URRACA MARTÍNEZ, «Estudio evolutivo de la muerte», *Jano* 653 (1985) 51.

⁴ Publicaron, junto a otros autores, un «Plea for Beneficent Euthanasia», *The Humanist*, julio/agosto (1974).

⁵ Véanse, por ejemplo, los casos recogidos por J. GAFO, *La Eutanasia*, Madrid, 1989, 27-50.

2.1. Los calificativos más frecuentes

Entre los calificativos que permiten distinguir las clases de eutanasia se encuentran los de activa y pasiva, directa e indirecta⁶. Los dos primeros, que ya se utilizaban en los siglos XVI y XVII, aluden respectivamente a la acción médica positiva con la que se acelera la muerte de un enfermo o se pone término a su vida (eutanasia *activa*) y a la no aplicación de esa misma acción o terapia que podría prolongar la vida del enfermo (eutanasia *pasiva*). Lo característico de la primera es la *comisión* del acto, mientras que lo característico de la segunda es su *omisión* o no-aplicación.

Por su parte, los calificativos de directa e indirecta están relacionados con el famoso principio del doble efecto. La eutanasia *directa* se refiere a la acción voluntaria cuyo efecto inmediato es acabar con la vida de un enfermo terminal, como sucedería en caso de administrarle una solución de cianuro o una sobredosis de morfina. En cambio, la eutanasia *indirecta* se refiere a la acción voluntaria cuyo efecto inmediato es bueno pero que, indirectamente y sin buscarlo, provoca la muerte del enfermo, como sería el caso de aplicarle derivados de morfina para aliviar sus dolores aunque ello le acorte su vida.

No obstante, el adjetivo que mejor califica la eutanasia hoy día es el de *voluntaria*, entendiéndose por tal la petición explícita del enfermo, es decir, libre y sin presiones ajenas que puedan condicionar su decisión. La preponderancia de la autonomía del enfermo y las disposiciones legales de los últimos años han elevado esta característica al mayor rango.

También es necesario decir alguna cosa acerca de otros dos conceptos importantes en esta discusión: los medios ordinarios y extraordinarios. Es una distinción antigua en la teología moral, recogida ya por el cardenal español Juan de Lugo (1583-1660). En los ambientes médicos de hoy es frecuente utilizarlos con las siguientes características:

- La *Ordinaria* es una terapia abundante, barata, aceptada clínicamente después de haber superado la fase de experimentación, habitual y no agresiva, permanente y obligatoria.
- La *Extraordinaria*, por el contrario, es una terapia escasa, costosa, en fase de experimentación, sofisticada e invasiva, temporal y opcional.

Ahora bien, debido a la importancia que ha adquirido la autonomía del enfermo, no es suficiente ponderar el carácter ordinario o extraordinario de la terapia utilizada sino la situación y la personalidad de cada paciente, las implicaciones sociales y económicas de la familia, y las posibilidades de los recursos sanitarios. Por eso hay quienes prefieren hablar de medios «proporcionados» o «desproporcionados», «razonables» o «irrazonables», porque pueden describir mejor la adecuación entre la técnica y las características de cada enfermo.

2.2. La propuesta de nuevos términos

En cuanto a los términos que se han venido introduciendo durante los últimos años, como alternativa clarificadora al de eutanasia⁷, hay que señalar en primer lugar el de *distanasia*, o sea, la deformación del proceso de la muerte en el sentido de prolongarla de manera exagerada y convirtiendo la agonía en una tortura inhumana, como sucede en los casos de encarnizamiento terapéutico. La situación contraria se llama *adistanasia*, que se identifica con algunos aspectos de la eutanasia pasiva, procurando no prolongar de manera innecesaria o irrazonable la muerte de un enfermo. Se ha utilizado asimismo el término de

⁶ Cfr. J-R FLECHA - J. M^a. MÚGICA, *La pregunta moral ante la eutanasia*, Salamanca, 1985, 49-54; K. DEMMER, «Eutanasia», *Nuevo Diccionario de Teología Moral*, Madrid, 1992, 735-737.

⁷ Cfr. E. LÓPEZ AZPITARTE, «Problemas en torno a la muerte: I. El derecho a morir con dignidad», *Proyección* 32 (1985) 53-64; G. HIGUERA, «Eutanasia: precisiones terminológicas», en J. GAFO (de.), *Dilemas éticos de la medicina actual*, Madrid, 1986, 141-152.

ortotanasia para referirse a la «muerte correcta» o «a su tiempo», sin abreviaciones tajantes y sin prolongaciones desproporcionadas del proceso de morir. Y, en fin, hay quien se ha decidido a hablar de *cacotanasia* o «mala muerte» para designar los casos en que se impone la muerte al enfermo sin informarle ni contar con su voluntad.

3. EL NÚCLEO DE LA DISCUSIÓN Y DEL PROBLEMA

A mi modo de ver, la complejidad de las situaciones clínicas, la gran dificultad que supone distinguir tajantemente unos casos de otros y la ambigüedad que rodea al propio concepto de eutanasia, aconsejan prescindir de la mayoría de calificativos y de términos que se han expuesto en el apartado anterior.

3.1. *El centro del debate*

De manera muy significativa, el lenguaje castellano oficialmente en curso la define como «el acortamiento voluntario de la vida de quien sufre una enfermedad incurable, para poner fin a sus sufrimientos»⁸. El debate actual no reside en discutir el derecho a «morir en paz» o a tener una «muerte digna» o «dulce», en el sentido ya indicado de vivirla sin dolores ni sufrimientos, sin angustias ni agonías interminables e injustas y rodeados de los seres queridos (objetivo compartido hoy por todos), sino en si es lícito *provocarla* de manera consciente y deliberada. Dicho con otras palabras, la cuestión no consiste en poner fin a los sufrimientos de un enfermo incurable sino en acortarle voluntariamente la vida para conseguirlo. Precisamente por eso tiene mucha relevancia hacer la distinción entre «dejar morir» y «quitar la vida», aun contando con que no sea del todo exacta. Poner el acento en la intención de los actos no es ninguna clase de malabarismo demagógico porque, si lo fuera, habría también que equiparar la autoinmolación de quien entrega su vida para salvar a otros con la de quien se la quita a sí mismo por carecer de sentido, pongamos por ejemplo.

3.2. *Los criterios que lo delimitan*

A fin de contribuir a la eliminación de la ambigüedad existente no hay otro remedio que delimitar lo mejor posible sus contornos, incluso reconociendo de nuevo la falta de absoluta precisión. Los *criterios* decisivos, que se deben aplicar siempre simultáneamente, son cuatro: padecer enfermedad física, irreversible o incurable, con dolores o sufrimientos insoportables y terminal o próxima a la muerte. Manifiesto mi más sincero y profundo respeto hacia los enfermos que atraviesan situaciones extremadamente difíciles por otras razones, pero los criterios anteriores no se pueden aplicar de modo indiscriminado pues, de lo contrario, se borrarían las diferencias morales con el homicidio y el suicidio. Por tanto, en esta discusión no se debería incluir la posibilidad de disponer de la vida de *cualquier* enfermo, sino de aquel en quien no existen fundadas esperanzas de vida, ni condiciones que puedan calificarse como humanas, ni reversibilidad posible de la muerte.

En ese contexto y bajo esos criterios la palabra *eutanasia* conviene referirla a la acción médica que, por petición expresa del paciente o de sus representantes legales, tiene como consecuencia primera y primaria la supresión de la vida del enfermo terminal. Habrá que afirmar también que el objetivo o intención de quien la practica o de quien la solicita pretende poner fin a los dolores físicos o psíquicos, pero el acto que se ejecuta tiene la intención explícita de acabar con la vida del enfermo.

⁸ REAL ACADEMIA ESPAÑOLA, *Diccionario de la Lengua Española*, Madrid, 1992, 654.

Así pues, impedir la aplicación de medidas desproporcionadas a un enfermo que reúna esas condiciones para evitarle la tortura de una agonía interminable, *no* es eutanasia. Suministrarle medidas paliativas que alivien y hasta supriman el dolor y el sufrimiento, a sabiendas de que ello puede acortarle la vida, *no* es eutanasia. No iniciar o suprimir un tratamiento cuando se comprueba que no tiene sentido, según las indicaciones médicas habituales, *no* es eutanasia. Administrar dosis de sedación haciendo todo lo posible para mantener un nivel de conciencia suficiente, aunque ello sea muy difícil, *no* es eutanasia.. Extender entre toda la población la necesidad de firmar un testamento vital que incluya las características anteriores, *no* es promover la eutanasia. Y, más aún, suprimir el soporte vital ordinario (en algunos lugares y para ciertas personas) a un enfermo que se encuentra en estado vegetativo comprobado y permanente, *quizá tampoco* sea eutanasia. En cambio, a todas esas actuaciones sí se las puede englobar bajo la expresión de «ayudar a morir en paz» o de tener una **muerte digna**, es decir, humana, sobre todo si tiene lugar en un ambiente presidido por la cercanía y la ternura. También se podría aplicar a estos casos el término de **ortotanasia**, sintetizando lo dicho antes sobre la eutanasia pasiva indirecta.

Por el contrario, aquella otra postura que consiste en «hacer morir» o en acortar deliberadamente la vida del enfermo para conseguir los efectos de una muerte digna o, empleando otras palabras, que convierte la vida en medio para alcanzar esos fines, es mucho mejor y más claro llamarla **suicidio asistido**.

3.3. La mentalidad subyacente

La mentalidad que sustenta dicho planteamiento se apoya en dos principios, el de la calidad de vida y el de la autonomía absoluta, interpretados desde perspectivas ideológicas muy determinadas:

- A partir de un enfoque utilitarista y, sobre todo, pragmático, la *calidad de vida* se mide o está en función de las condiciones materiales, físicas y psíquicas que atraviesa en un momento determinado, es decir, se define por el grado objetivo de “bienestar” personal⁹. Según este planteamiento, la vida humana no es un proceso continuo sino segmentable, es una suma de periodos relativizados y carentes de unidad. En consecuencia, la vida sólo sirve y vale si puede ejercitar ciertas cualidades humanas como la actividad neocortical, la inteligencia y la comunicación. Lo demás es accesorio.
- A partir de un enfoque exclusivamente antropocéntrico, de carácter autárquico, la *autonomía* se convierte en una magnitud absoluta del ser humano. Dado que la muerte es la cuestión personal por excelencia y una vez establecido el alto rango de la autonomía del enfermo, se tiende a identificar el derecho a «morir con dignidad» con el derecho a morir a mi manera, cuando yo quiera y por mí mismo. Por eso algún autor ha calificado la actual polémica sobre la eutanasia como la época de la «eutanasia autónoma»¹⁰.

4.LAS POSICIONES DE LA BIOÉTICA CONTEMPORÁNEA

El abanico de posturas que existen en torno a la eutanasia, dentro de la Bioética actual, es dispar e incluso antagónico. Dejando a un lado las asociaciones en favor de la

⁹ Cfr. D. GRACIA, *Ética de la calidad de vida*, Madrid, 1984, 55-85; A.TORÍO LÓPEZ, «La tensión entre los principios de la santidad y la calidad de la vida humana», *Jano* 924 (1990) 77-83.

¹⁰ Vid. J. GAFO, *La Eutanasia...*, 133-135.

eutanasia¹¹, que se agrupan en una Federación Mundial desde 1980, vamos a ceñirnos a la situación española tomando como ejemplo el debate publicado recientemente por una revista especializada, desde la perspectiva del derecho sanitario.

Por un lado se sostiene que la vida es un bien libremente disponible por su titular y que, en consecuencia, el suicidio es un acto libre y jurídicamente no desaprobado¹². El fundamento que justifica esta posición se puede encontrar en el Art.10.1 de la Constitución Española, donde se proclama que la base del orden político y de la paz social es la *dignidad* de la persona, los derechos individuales que le son inherentes y el libre desarrollo de la propia personalidad. La dignidad de la persona se materializa en el reconocimiento de los derechos constitucionales, que son inviolables por ser inherentes a la propia dignidad. Si ello es así, la dignidad de la persona se configura como un principio dinámico que se ve refrendado por el reconocimiento constitucional del libre desarrollo de la personalidad, como verdadera meta de la efectiva vigencia de los derechos fundamentales. No cabe otra interpretación de los derechos y de las libertades ajena a la dignidad de la persona. Por lo tanto, es «indudable» que el sujeto puede disponer libremente de su vida y que el acto del suicidio es expresión del ejercicio de un derecho constitucionalmente amparado.

De otra parte se sostiene también¹³ que, partiendo del derecho comparado, se podría justificar la eutanasia pasiva en caso de demostrar la improcedencia de perpetuar una existencia artificial basada en la aplicación de técnicas biomédicas carentes de sentido. Sin embargo, no se ve cómo es posible justificar la eutanasia activa utilizando en este caso el Art.15 de la Constitución, puesto que allí se establece la preeminencia y el carácter *absoluto* del bien jurídico en juego, es decir, el de la vida, subrayando que *todos* tienen derecho a ella. El Estado de Derecho recoge la idea de la intangibilidad de la vida, que se eleva así sobre cualquier otra consideración e impide que ceda o capitule ante cualquier tipo de motivaciones. La prohibición de matar es absoluta, aun cuando medie una petición expresa y consciente del solicitante. Existe falta de lógica en el hecho de que si alguien quiere morir se justifique por esa razón el hecho de alguien pueda matar. Dada la prohibición de matar, la invocación de la dignidad del hombre no posee virtualidad suficiente para erigirse en causa de justificación, ni tampoco cabe aludir por ello al derecho de libre desarrollo de la personalidad, puesto que resultaría paradójico hablar de esta última cuando de lo que se trata realmente es de su eliminación.

Al margen de la discusión anterior, ya de por sí ilustrativa, el campo de la Bioética ofrece también un panorama muy variado¹⁴. Hay autores que están plenamente convencidos de que, en cualquier sociedad liberal y democrática, tanto la eutanasia activa como la pasiva se fundamentan exclusivamente en la *autonomía* personal. Esto significa que la gente tiene el derecho a «decidir en ciertas circunstancias que su calidad de vida está tan disminuida que continuar con una existencia así no tiene ningún sentido y por lo tanto puede acabar con ella»¹⁵. Si el derecho a la autonomía justifica el de controlar el curso de la vida y decidir cómo viviremos, entonces cada ser humano lleva consigo también el derecho subsidiario a controlar la duración de la vida y la manera de morir. Se trata de una

¹¹ Cfr. P. CAUCANAS-PISIER, «Asociaciones en defensa del derecho a morir dignamente», *Concilium* 199 (1985) 375-385; J.GAFO, *La Eutanasia...*, 153-168.

¹² Cfr. J. M. VALLE MUÑIZ, «Disponibilidad de la propia vida y Constitución de 1978», *Jano* 913 (1990) 41-52; J. T. BETANCORT, «Bioética y eutanasia», en M. CASADO (de.), *Materiales de Bioética y Derecho*, Barcelona, 1996, 295-312.

¹³ Cfr. A. TORÍO LÓPEZ, «Reflexión crítica sobre el problema de la eutanasia», *Jano* 924 (1990) 85-91.

¹⁴ Cfr. G. H. KIEFFER, «Eutanasia», en *Bioética*, Madrid, 1983, 231-260.

¹⁵ M. CHARLESWORTH, *La bioética en una sociedad liberal*, Cambridge, 1996, 39.

autonomía cerrada e independiente, que no admite en este caso la radical interdependencia que la caracteriza.

Otros autores, sin embargo, hacen un planteamiento diferente aplicando a la situación del enfermo terminal los cuatro principios que componen la estructura de la Bioética¹⁶. La eutanasia tiene que ver con un principio moral distinto del de autonomía, y anterior a él, que es el de *justicia*. Entendida como el derecho de tratar a todos con igual consideración y respeto, incluye el deber recíproco de tratar a los demás con la misma medida. En consecuencia, todos los hombres sin excepción deben ser respetados y tratados por igual, aun en el caso de que renuncien explícitamente a ello, porque la dignidad humana permanece siempre a pesar de que su propio sujeto la niegue. El plano del bien común, por razones de justicia, tiene tal prioridad sobre el plano individual o de autonomía que nadie puede hacer daño a los demás, incluso en el caso de que se lo pidan. Dicho con otras palabras, lo más apremiante y urgentemente correcto en la Bioética es la «no-maleficencia». Así pues, intervenir de manera deliberada y directa en el proceso de un enfermo terminal para provocarle la muerte, actuando incluso por motivos de «compasión» hacia lo que el paciente valora como un bien, conculca el principio de justicia y se transforma en maleficencia.

Conviene recordar, finalmente, que el *Código de Ética Médica* español define la eutanasia como «homicidio por compasión» y la rechaza tajantemente por ser «contraria a la ética médica» (Art.28.1). El médico tiene la obligación de no provocar «intencionadamente» la muerte a ningún enfermo, ni siquiera cuando éste o sus allegados lo soliciten. En el caso de enfermos terminales está obligado a cumplir tres deberes fundamentales: limitarse a aliviar los dolores físicos y morales del paciente, mantener dentro de lo posible su escasa calidad de vida y no emprender o continuar tratamientos sin esperanza (Art.28.2).

5.LA POSICIÓN DE LA IGLESIA CATÓLICA

El concepto y la realidad de la eutanasia son extrañas al mundo de la Biblia pero, además, el cristianismo la ha considerado pronto irreconciliable con la ética que surge del Evangelio. Prueba de ello es que al entrar en contacto con el estoicismo, de donde san Pablo toma varias exhortaciones morales, se distancia tajantemente de él en lo relativo a la eutanasia. La concepción cristiana del hombre como imagen de Dios, origen de la dignidad de todo ser humano, ha llevado a la ética teológica a proclamar las siguientes afirmaciones: la vida es un don recibido de Dios y del que no se puede disponer a capricho, es el fundamento de todos los bienes de la persona humana y, por ello, un derecho fundamental irrenunciable e inalienable, es un valor primario pero no absoluto, y es un trayecto histórico cuyo punto final puede llenarse de sentido cuando, desde la fe, se vive la propia muerte como el «paso» definitivo hacia la plena comunión con Dios.

En el transcurso del siglo XX, el Magisterio de la Iglesia ha vuelto a poner de actualidad su doctrina sobre la eutanasia centrándose en diversas razones: los dramáticos acontecimientos protagonizados por el III Reich, el espectacular desarrollo de la biología y la medicina, y la convicción de que el hombre contemporáneo se basta a sí mismo para decidir en todo lo referente a su vida y a su muerte.

Por razones de espacio no se va a recoger aquí la doctrina del papa Pío XII ni de las Conferencias Episcopales, ni tampoco de la Congregación para la Doctrina de la Fe, a pesar

¹⁶ Véase el resumen de D. GRACIA, «Prólogo», en J. GAFO, *La Eutanasia...*, 16-17.

de que ésta última sea detallada y completa¹⁷. Sí nos vamos a detener en la toma de posición más reciente y autorizada, que ha expuesto el papa Juan Pablo II en su Carta Encíclica *Evangelium Vitae* (25 de marzo de 1995).

La síntesis que va a seguir a continuación se divide en tres apartados: el eclipse de la vida, la valoración cristiana de la vida y el camino hacia una muerte digna del hombre.

5.1. Eclipse del valor de la vida

La sociedad actual está envuelta por una «sorprendente contradicción», que consiste en negar y conculcar el derecho a la vida precisamente en el momento en que se defienden, con mayor fuerza que nunca, los derechos inviolables de la persona. En una sociedad donde predomina el triunfo basado en la competencia se tiende mucho más a excluir que a convivir (n.18). Las raíces de semejante contradicción residen en el acento que se pone sobre el hombre como individuo *independiente* por encima o a costa de la concepción del hombre como ser *interdependiente* y solidario (ns.19-20). Esta mentalidad lleva al convencimiento de que sólo cada individuo es «criterio y norma de sí mismo» (n.64) en todo lo referente a las decisiones sobre su vida y su muerte.

En consecuencia, la postura que se adopta ante la muerte y la atención al enfermo terminal resulta profundamente afectada por el hecho de haber sustituido los valores del *ser* por los del *tener*, convirtiendo el bienestar material en la única medida del ser humano: La llamada “calidad de vida” es directamente proporcional al grado de eficiencia económica, de consumismo desordenado, de belleza y goce de la vida física, olvidando otras dimensiones básicas de la existencia (n.23). La vida deja de ser un don confiado a la responsabilidad humana y tiende a convertirse en una “cosa” que cada uno «reivindica como su propiedad exclusiva, totalmente dominable y manipulable» (n.22), debido a la pérdida del sentido de Dios. Si lo decisivo es programar, controlar y dominar el “hacer”, tampoco habrá nada que pueda salir de esos límites, incluida la muerte.

5.2. La valoración cristiana de la vida

Juan Pablo II expone con bastante amplitud los fundamentos teológico-morales de la valoración cristiana de la vida, que se podrían resumir en los siguientes puntos:

- La vida es una *realidad concreta y personal* que «consiste en el anuncio de la persona misma de Jesús» (n.29). El Evangelio otorga la posibilidad de conocer toda la verdad sobre el valor de la vida humana, haciendo una invitación universal para asumir la responsabilidad de amarla, servirla, defenderla y promoverla. Esa es la razón por la que Jesús ha venido para que «tengan vida y la tengan en abundancia» (Jn 10,10).
- La vida *es siempre un bien* porque todo hombre es «manifestación de Dios en el mundo, signo de su presencia y resplandor de su gloria» (n.34). En cuanto imagen visible y único interlocutor de Dios (Gén 1,26-27), todo lo que constituye al hombre como realidad unitaria o «totalidad unificada»¹⁸ posee una *altísima dignidad* que le hace acreedor del máximo respeto. Eso es lo que quería decir san Ireneo de Lyon cuando afirmaba: «el hombre que vive es la gloria de Dios».
- La vida es *Palabra* (Jn 1,1-4) y, por tanto, puro lenguaje de comunicación. El hecho de vivir incluye y a la vez desborda los límites estrictamente biológicos del existir (n.37). Alcanza su máximo punto de vitalidad en la *comunidad* con los

¹⁷ Cfr. J-R FLECHA - J. M^a. MÚGICA, *La pregunta moral...*, 87-130; J. GAFO, *La Eutanasia...*, 169-181 e ID., *10 palabras clave en bioética*, Estella, 1994, 101-108.

¹⁸ JUAN PABLO II, *Familiaris consortio*, 11.

otros, con el mundo y con Dios. Es un trayecto histórico caracterizado por la relacionalidad y la interdependencia, cuyo culmen es Dios: «la vida del hombre consiste en la visión de Dios», como decía también san Ireneo (n.38).

- La vida es un *don* del mismo Dios, es «imagen e impronta» del ser viviente por antonomasia (n.39). Nadie puede entonces disponer de ella. En consecuencia, la vida humana es *sagrada e inviolable* porque «tiene su fundamento en Dios», que hizo al hombre a imagen suya (Gén 9,6).
- La vida es *digna de respeto* y de *protección*, según las obligaciones prescritas en el mandamiento «no matarás» (Éx 20,13), que prohíbe quitar la vida al inocente y condena cualquier clase de daño causado a los demás (n.40). Este mandamiento contiene también la exigencia positiva de «veneración y amor» hacia la vida de cada persona¹⁹ (n.41), puesto que para el cristiano todos son hermanos. Nadie es forastero ni enemigo (Lc 10,25-37).
- La vida física implica un *imperativo*: «¡Respetar, defender, amar y servir a la vida, a toda vida humana! ¡Sólo siguiendo este camino encontrarás justicia, desarrollo, libertad verdadera, paz y felicidad!» (n.5). Su justificación reside en la cristología: «Precisamente en la “carne” de cada hombre, Cristo continúa revelándose y entrando en comunión con nosotros, de modo que el *rechazo de la vida del hombre*, en sus diversas formas, es *realmente rechazo de Cristo*» (n.104). Este deber moral «ha de manifestarse principalmente con la vida que se encuentra en condiciones de mayor debilidad», según se puede ver en Mt 25,31-46 (n.43).
- Finalmente, la vida *no es un valor absoluto* (n.43), aunque ocupa el lugar más alto en la jerarquía de los valores morales. Puede encontrar su verdadero centro de sentido y su plenitud cuando se entrega por otro bien superior (Mc 8,35), tal como lo ha demostrado el mismo Jesús en la cruz (n.47.50-51). La vida se convierte así en un *don* que se realiza verdaderamente al *darse* (n.49), un tesoro que no se debe malgastar y del que cada uno es señor, pero no en sentido absoluto sino «ministerial» (n.52).

En resumen, el Evangelio de la vida nos invita a poner en práctica el «servicio de la caridad» (n.87), donde se demuestra si somos realmente capaces de hacernos cargo del otro (Lc10,29-37), de responder a la pregunta que se le hizo a Caín (Gén 4,9) y de verificar la madurez de nuestra fe (Mt 25,40). Sin embargo, ese servicio de la caridad a la vida debe ser profundamente *unitario*, es decir, la ética de la vida debe ser *coherente* consigo misma, sin caer en unilateralismos ni discriminaciones, porque la vida es inviolable en todas sus fases y situaciones²⁰. Por tanto, es imprescindible «hacerse cargo de toda la vida y de la vida de todos» (n.87).

5.3. *Hacia una muerte digna del hombre*

A partir de los planteamientos anteriores la eutanasia se presenta hoy como una tentación que consiste en «adueñarse de la muerte, procurándola de modo anticipado y poniendo así fin “dulcemente” a la propia vida o a la de otros» (n.64).

¹⁹ «Explícitamente, el precepto “no matarás” tiene un fuerte contenido negativo: indica el límite que nunca puede ser transgredido. Implícitamente, sin embargo, conduce a una actitud positiva de respeto absoluto por la vida, ayudando a promoverla y a progresar por el camino del amor que se da acoge y sirve» (n. 54).

²⁰ Cfr. J. BERNARDIN, «Pour une “éthique de la vie” cohérente», *La Documentation Catholique* 81 (1984) 443-447; M. VIDAL, «Ética fundamental de la vida humana», en *Bioética*, Madrid, 1989, 35-37.

Después de definir la eutanasia en sentido estricto, citando literalmente las palabras de la Congregación para la Doctrina de la Fe²¹, en 1984, el Papa utiliza todo el peso de su autoridad apostólica para confirmar que «la eutanasia es una grave violación de la Ley de Dios, en cuanto eliminación deliberada y moralmente inaceptable de una persona humana» (n.65). Los fundamentos de esta doctrina se encuentran en la ley natural y la Palabra de Dios, interpretados por la Tradición de la Iglesia y por el Magisterio ordinario y universal.

Juan Pablo II afirma que la eutanasia «conlleva la malicia propia del suicidio o del homicidio» (n.66). Declara moralmente grave e inaceptable el acto del *suicidio* acudiendo a la tradición de la Iglesia y condena el *suicidio asistido* como «una injusticia que nunca tiene justificación, ni siquiera cuando es solicitada», añadiendo que la eutanasia adopta el rostro de una *falsa piedad* pervertida en sí misma. Aún es más grave la eutanasia impuesta, a la que llama *homicidio*, «practicada en una persona que no la pidió de ningún modo y que nunca dio su consentimiento»

En cambio, se admite la práctica de lo que se hemos llamado más arriba *ortotanasia*, es decir, la renuncia al «ensañamiento terapéutico» y la licitud de los «cuidados paliativos», como procedimientos para vivir una muerte digna y en paz:

- Renunciar al *ensañamiento terapéutico* significa que se puede prescindir en conciencia de «ciertas intervenciones médicas ya no adecuadas a la situación real del enfermo, por ser desproporcionadas a los resultados que se podrían esperar o bien por ser demasiado gravosas para él o su familia» (n.65). La renuncia a esta clase de medios terapéuticos no equivale al suicidio o a la eutanasia.
- Los *cuidados paliativos* tienen por objetivo hacer más soportable el sufrimiento al enfermo terminal y ofrecerle un acompañamiento humano adecuado: «es lícito suprimir el dolor por medio de narcóticos, a pesar de tener como consecuencia limitar la conciencia y abreviar la vida»²² (n.65). En estos casos «no se quiere ni se busca la muerte», aunque se corra ese riesgo por motivos razonables.

Resumiendo de nuevo, el conflicto que se plantea en el problema de la eutanasia reside en conjugar dos valores éticos igualmente relevantes: el valor de la vida humana y la exigencia de una muerte digna²³. Quitar la vida o hacer morir a un enfermo terminal para poner fin a su sufrimiento es inmoral, porque atenta contra el valor inviolable de la vida humana. Prolongar innecesariamente la vida de ese mismo enfermo e introducirle en una agonía interminable es inmoral, porque atenta contra la dignidad humana. En cambio, *dejar morir* al enfermo administrándole analgésicos, o no iniciando o suprimiendo tratamientos sin sentido y, sobre todo, creando a su alrededor una atmósfera de confianza y de calor humano, significa «morir en paz»²⁴. Este modo de entender la muerte digna exige recorrer simultáneamente tres cauces por parte del personal sanitario:

- Comprometerse en favor de una *beneficencia realista*, es decir, actuar en favor de la vida y de la salud, porque de lo contrario se conculcaría el principio más distintivo de la profesión médica. Sin embargo, la lucha por la vida no puede maximalizarse, porque correría el riesgo de incurrir en el encarnizamiento terapéutico.

²¹ «Por eutanasia se entiende una acción o una omisión que por su naturaleza, o en la intención, causa la muerte, con el fin de eliminar cualquier dolor. La eutanasia se sitúa pues en el nivel de las intenciones o de los métodos usados» (Conferencia Episcopal Española, «Declaración sobre la eutanasia», II, *Ocho documentos doctrinales*, Madrid, 1981, 153).

²² Es una conocida cita del Papa PÍO XII, «Discurso a un grupo internacional de médicos», *Acta Apostolica Sedis* 49 (1957) 145.

²³ Cfr. M. VIDAL, «Derecho a morir dignamente y respeto a la vida humana», *Moralia* 48 (1990) 407-428.

²⁴ A idéntica conclusión, pero con otro lenguaje, llega también L. SOWLE CAHILL, «Respeto a la vida y provocación de la muerte en un contexto médico», *Concilium* 199 (1985) 349-361.

- Por eso hay que subrayar la gran importancia de *humanizar* la situación de los enfermos próximos a la muerte. Jamás se puede decir que “no hay nada que hacer”. Siempre se acaban las posibilidades de *curar*, pero nunca desaparecen las posibilidades de *cuidar* a la persona concreta enferma.
- Tratar al enfermo como una *persona* con capacidad para conocer su situación y para decidir sobre las medidas que le puedan aplicar. No convertirlo en un mero comparsa o un niño a quien se debe ocultar la realidad, quizá por el miedo a la

6. EL PROBLEMA LEGAL DE LA EUTANASIA

Las disposiciones legales que se han ido adoptando en Estados Unidos a partir de 1977 (la *Natural Death Act* del Estado de California) y la Recomendación del Consejo de Europa de 1976 dirigida a sus Estados miembros, tienen como finalidad proteger el derecho a una «muerte digna» en el sentido de la *ortotanasia* o, dicho con términos más clásicos, en el de la eutanasia pasiva indirecta²⁵. Todos ellos reconocen el derecho del enfermo a que no se le apliquen medidas que puedan prolongar irrazonablemente su vida, evitando situaciones de encarnizamiento terapéutico.

Un problema muy diferente es el de la aceptación legal de la eutanasia en *sentido estricto* según la hemos definido más atrás. A comienzos del siglo actual ya hubo varios intentos de legalización pero, como se sabe, el primer país que la ha introducido en su ordenamiento jurídico ha sido Holanda donde se adoptó la solución de “despenalizarla”, es decir, la eutanasia continúa siendo un delito en el Código Penal pero no se persigue si se dan una serie de condiciones²⁶.

Recientemente, el Parlamento del Estado del Territorio Septentrional de Australia ha aprobado la *Ley de Derechos del Enfermo Terminal*, en vigor desde julio de 1996, donde se reconoce la legalidad del *suicidio asistido*. Ya se han acogido a ella dos enfermos: Bob Dent y Janet Mills que padecían, respectivamente, cáncer de próstata y de piel. Parece ser que más del 60% de los médicos australianos son partidarios de este tipo de eutanasia.

Entre los requisitos que autorizan a un médico a secundar una petición de eutanasia o suicidio asistido, destacan los siguientes²⁷:

1. El enfermo debe de tener más de 18 años, ser capaz, y decidir por su propia voluntad.
2. Padecer una enfermedad que le provocará la muerte en un breve lapso de tiempo y que le produce dolor o sufrimientos severos.
3. Que no existan tratamientos curativos, sino sólo paliativos.
4. El médico tiene que haberle informado exhaustivamente de su diagnóstico y pronóstico y de las posibilidades de tratamiento, incluida la posibilidad de cuidados paliativos, apoyo psicológico y psiquiátrico y terapias de soporte vital.
5. El paciente tiene que valorar las implicaciones personales y familiares de su decisión.
6. El enfermo tiene que ser evaluado por dos médicos: un especialista en cuidados paliativos o con experiencia en ese campo; un psiquiatra para avalar el

²⁵ Para lo que va a seguir, cfr. J. GAFO, *10 palabras clave...*, 123-135.

²⁶ Sobre la polémica levantada en aquel país, cfr. «Informe Fenigsen», *Organización Médica Colegial*, 16 (1991) 11-16 y 17 (1992) 17-21.

²⁷ Vid. P. SIMÓN LORDA, «Eutanasia en Australia: luces y oscuridades», *Jano* 1193 (1997) 9.

diagnóstico y pronóstico establecido por el médico del paciente y para certificar que la decisión de este último es voluntaria, no debida a una presión clínica tratable.

7. Hacer una solicitud por escrito que se debe formalizar más de 7 días después de la petición inicial, en presencia del médico del enfermo y de otro doctor (que puede ser uno de los anteriores), con los que el paciente discute nuevamente su decisión antes de estampar su firma.
8. Han de pasar más de 48 horas desde que el documento de solicitud fue firmado por el enfermo.
9. El paciente puede renunciar a su petición en cualquier momento del proceso y de cualquier manera.
10. La no satisfacción de estos requisitos conlleva una pena de multa de 20.000 dólares y 4 años de prisión.

Parece ser que las medidas de la ley australiana son las que mayor sensibilidad han mostrado para evitar, dentro de lo posible, abusos ética y legalmente injustificables.

¿Qué se puede decir ante la posibilidad de que suceda algo parecido en España?. La realidad sanitaria, social y cultural de nuestro país es muy distinta a la australiana. Afrontar este debate con seriedad y rigor exige, ante todo, el desarrollo de una sólida estructura de cuidados paliativos, que probablemente transformaría el tono y el alcance de la discusión. Sin embargo, considero oportuno poner de relieve las siguientes consideraciones:

- Las leyes de un Estado de Derecho no proceden de la fuerza de la imposición unilateral, sino de la fuerza de la argumentación racional y consensuada entre las mayorías parlamentarias.
- La moralidad de las leyes democráticas reside en el grado de protección que se otorgue a los bienes o valores base, que constituyen el bien común de la sociedad, como sucede en el caso de la vida humana.
- La moralidad de las leyes democráticas reside también en cuidar todo lo posible el delicado y necesario equilibrio que debe existir siempre entre libertad individual y convivencia pacífica de todos los ciudadanos.
- Ese equilibrio entra en conflicto cada vez que el pluralismo de opciones morales no se ve refrendado en lo tocante a la interpretación del sentido de los valores básicos y de los derechos fundamentales de la persona.
- El Estado de Derecho no debe “canonizar” ninguna opción ética particular, pero sí debe crear los espacios de libertad que permitan a cada una de esas opciones convencer razonablemente al resto de los ciudadanos.

Teniendo en cuenta estas consideraciones me parecería por completo improcedente que los cristianos aprobasen la legalización de la eutanasia en sentido estricto, porque deben ser *coherentes* a la hora de defender toda la vida y la vida de todos. Pero también sería muy poco procedente que, por esa misma razón, anatematizasen de manera sistemática cualquier regulación jurídica en favor de una *muerte digna* según el significado dado a la palabra ortotanasia. Y, más aún, si se llegara a legalizar la auténtica eutanasia por mayoría parlamentaria, habría que poner en duda la actitud de quienes acusan de monstruos y criminales a sus defensores. En este sentido conviene recordar dos cosas: una que es difícil argüir en contra de la legitimidad del suicidio o del suicidio asistido ante los no creyentes y, otra, que el propio Juan Pablo II contempla la posibilidad de que un parlamentario opuesto a la eutanasia puede «lícitamente ofrecer su apoyo a propuestas encaminadas a limitar los daños de esa ley» con el fin de disminuir sus efectos negativos en

la moralidad pública, cuando no sea posible evitarla o abrogarla completamente (*Evangelium Vitae*, 73)²⁸.

El debate sobre la eutanasia obliga a los cristianos a publicar sus argumentos, de manera razonada y convincente, sin olvidar que hay muchas personas para quienes el dolor y el sufrimiento son un sin-sentido que no tiene por qué ser asumido bajo ningún concepto. No obstante, el camino más seguro consiste en «amar y, sobre todo, amar a tiempo»²⁹. Quizá sea ese el mejor modo de convencer contra muertes sin sentido: ayudar a morir en la ternura sin manipular la vida de nadie.

CONSTANTINO GONZÁLEZ QUINTANA
Paraninfo de la Universidad de Oviedo
Oviedo, 24 de febrero de 1997

²⁸ El Papa se está refiriendo al aborto, pero no veo ninguna diferencia “sustancial” respecto a la eutanasia.

²⁹ H.HUITERT, «¿Tiene el cristiano derecho a darse muerte?», *Concilium* 199 (1985) 442.