

LA EUTANASIA

El derecho a una muerte digna

“Aula Joven” – Universidad de Oviedo (Marzo 1997)

INTRODUCCIÓN

El objetivo principal de este trabajo consiste en ofrecer una serie de reflexiones sobre el problema de la eutanasia, que ayuden a tomar conciencia de que morir no sólo es expirar sino vivir la propia muerte. Por ser la muerte el único acontecimiento que vamos a vivir con absoluta seguridad, no hay nadie que pueda limitarse a soportarla pasivamente. Se quiera o no, todo el mundo está obligado a tomar postura ante ella en el sentido de obrarla y de elegir libremente el modo de afrontarla, es decir, de morir humanamente.

Con el fin de delimitar un poco el terreno donde nos vamos a mover conviene tener en cuenta lo siguiente:

- El enfoque que se va a adoptar aquí procede del campo de la Bioética y tendrá muy presente el ángulo de visión característico de la teología moral católica.
- Limitaremos la casuística clínica a los enfermos terminales, mayores de edad y con suficiente capacidad para tomar decisiones por sí mismos.
- Se ofrecerá una visión de conjunto sobre las coincidencias y las diferencias que existen entre la posición católica sobre el derecho a una muerte digna y la de quienes propugnan que ese mismo derecho pasa también por admitir el de la eutanasia en sentido estricto, analizando el valor probatorio de sus respectivos argumentos.
- Adoptaremos desde ahora mismo una postura «humanista» que ha alcanzado hoy varios puntos de encuentro: evitar prolongaciones abusivas de la vida, contar con la decisión del propio enfermo, luchar contra el dolor y el sufrimiento, y defender el derecho a «morir en paz».
- También queremos poner de relieve desde ahora que la búsqueda y promoción de lo *humano* no es patrimonio exclusivo de nadie. Pertenece a toda la humanidad y avanza lentamente a base de contrastar muchas experiencias.
- Es necesario asimismo recordar que, incluso teniendo fe, cualquiera de nosotros está expuesto a ser protagonista de una de las afirmaciones más enigmáticas e inquietantes de la existencia: «La vida ya no tiene sentido para mí». Aunque no sea comparable, da mucho que pensar otra expresión pronunciada por Jesús en la cruz: «¡Dios mío, Dios mío! ¿Por qué me has abandonado?» (Mc 15,34).

1. LA REPARICIÓN DE UNA ANTIGUA PRÁCTICA

Como ya se sabe, la palabra «eutanasia» proviene del griego (*euthanasía*). Su significado etimológico es el de «buena muerte» en el sentido de morir en paz, sin dolores, incluso con conciencia, pero fue adquiriendo connotaciones particulares con el transcurso de la historia. La práctica de la eutanasia tiene al menos veinticinco siglos de antigüedad, pues ya habla de ella Platón en su Diálogo sobre *La República*¹. El período más siniestro de su recorrido histórico tuvo lugar entre 1933 y 1940, a raíz de los sucesos que tuvieron lugar en la época del III Reich alemán. Actualmente ha vuelto a resurgir con fuerza debido a varios factores:

¹ PLATÓN, *La República*, III, XVII, Madrid, 1996.

- 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 hospital².
- La modificación del tiempo de morir o alargamiento excesivo de la agonía. El desarrollo de las técnicas biomédicas permiten prolongar la vida del enfermo terminal hasta incurrir en el «encarnizamiento terapéutico».
- La proliferación de asociaciones que defienden la eutanasia voluntaria y la adhesión que le han prestado las firmas de relevantes personalidades, tal como sucedió en 1974 con los premios Nobel L.Pauling, G.Thomson y J.Monod.
- 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.

A todo ello es necesario añadir el aumento de la casuística médica y judicial, desde hace un par de décadas, como se puede ver en la siguiente lista de ejemplos. Se ha hablado de eutanasia en el caso de la joven estadounidense Karen A.Quinlan, que se encontraba en estado de vida vegetativo y cuyos padres consiguieron, tras un largo proceso jurídico, que se le desconectase el respirador para que pudiera morir en paz. La eutanasia ha estado asociada a la agonía interminable de personajes famosos como Tancredo Neves, Franco, Tito, Hirohito. Se habló también de eutanasia cuando el escritor inglés Arthur Koestler decidió quitarse la vida, junto a la de su esposa, al saber que se le había diagnosticado una leucemia irreversible, y sucedió lo mismo cuando los familiares del norteamericano Paul Brophy consiguieron una sentencia judicial por la que se le podía suspender la alimentación artificial. La palabra eutanasia ha sido asociada igualmente al caso de Baby Doe, un recién nacido del Estado de Indiana afectado con el síndrome de Down, que murió después de habersele negado una intervención quirúrgica; a los casos de la enfermera alemana Michaela Roeder (el “ángel de la muerte”) y de las auxiliares de enfermería del hospital Lainz de Viena, que la aplicaron a personas enfermas o ancianas que no la habían solicitado; al caso de la joven alemana Ingrid Frank, tetrapléjica a causa de un accidente de automóvil, que filmó en una cámara de vídeo su propia muerte tras beber una dosis letal de cianuro; y a los procedimientos que han utilizado el patólogo Jack Kevorkian (el “Dr.Muerte”) en Estados Unidos y, recientemente, los enfermos de cáncer Bob Dent y Janet Mills en el Estado del Territorio Septentrional de Australia.

A todos los casos anteriores se les ha aplicado la palabra eutanasia, pero se refieren a circunstancias, intenciones y conductas diferentes. Por eso conviene decir algunas cosas acerca de los términos que se utilizan con mayor frecuencia para clarificar las posiciones y los límites del debate³.

- Se entiende por eutanasia *activa* la acción médica que acelera deliberadamente la muerte de un enfermo o pone fin a su vida. Por el contrario, la eutanasia *pasiva* consiste en la no aplicación de esa misma acción o terapia que podría haber prolongado la vida del enfermo. Lo característico de la primera es la *comisión* del acto, mientras que lo característico de la segunda es su *omisión* o no-aplicación.

² Cfr. S. URRACA MARTÍNEZ, «Estudio evolutivo de la muerte», *Jano* 653 (1985) 51.

³ Cfr. J-R FLECHA - J. M^a. MÚGICA, *La pregunta moral ante la eutanasia*, Salamanca, 1985, 49-54; F.J.ELIZARI, «Eutanasia: lenguaje y concepto», *Moralia* 54 (1992) 145-175; K. DEMMER, «Eutanasia», *Nuevo Diccionario de Teología Moral*, Madrid, 1992, 735-737.

- 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, la expresión más extendida hoy día es el de eutanasia *voluntaria*, entendiéndose por tal la petición explícita del enfermo, es decir, libre y sin presiones ajenas que puedan condicionar su decisión.
- También es necesario explicar el significado de otros dos conceptos importantes en esta discusión: el de medios ordinarios o proporcionados y el de medios extraordinarios o desproporcionados. Los medios *ordinarios* o *proporcionados* se refieren a terapias abundantes, baratas, aceptadas clínicamente después de haber superado la fase de experimentación, habituales, no agresivas, permanentes y obligatorias. Los *extraordinarios* o *desproporcionados* se refieren, en cambio, a terapias escasas, costosas, en fase de experimentación, sofisticadas e invasivas, temporales y opcionales.

Junto a estos términos de orden calificativo se han introducido otros, a lo largo de los últimos años, cuya función es la de clarificar el concepto mismo de eutanasia⁴. Se trata de una serie de neologismos que han tenido solamente un éxito relativo: distanasia, adistanasia, ortotanasia, benemortasia y otro muy poco eufónico como es el de cacotanasia.

2. EL CENTRO DEL DEBATE

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 los términos anteriores. Recuérdese que en bastantes casos es muy difícil establecer con precisión la diferencia moral entre comisión y omisión, acción activa y pasiva, directa e indirecta, así como la de medios ordinarios o proporcionados y extraordinarios o desproporcionados.

No obstante, aun contando con que esa distinción pueda ser “sibilina” o moralmente irrelevante para algunos autores, tampoco existen razones convincentes para arrojarla al cuarto de los trastos inútiles. Precisamente por eso continúa siendo razonable la distinción entre «dejar morir» y «quitar la vida», a pesar de las críticas que recibe. Poner el acento en la intención de los actos no es ninguna clase de malabarismo demagógico porque, si en verdad 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. Y, del mismo modo, si un enfermo terminal deja de respirar y no se le reanima, porque eso parezca lo correcto dada la precariedad de su vida, pero siga respirando después espontáneamente, no quiere decir que lo más humano hubiese sido asfixiarlo antes.

La mejor manera de captar lo que aquí se ventila consiste en plantear el problema en términos de *conflicto* entre dos valores igualmente relevantes: el valor de la *vida humana* y el derecho a una *muerte humana*. La solución de este conflicto dependerá de las op-

⁴ 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.

ciones globales de fondo que tenga cada uno, pero hoy por hoy solamente cabe una de las dos siguientes salidas: eliminar uno de los dos valores o buscar el modo de integrarlos.

- Si se pretende integrar ambos valores surge una manera de atender al enfermo terminal, que tiene como objetivo humanizar el proceso del morir sin provocar abreviaciones tajantes de la vida ni prolongaciones desproporcionadas de la muerte. Es la propuesta global de la ética cristiana y de otras alternativas a la eutanasia propiamente dicha, que veremos más adelante.
- Si se pretende eliminar la *muerte*, alejando su llegada todo lo posible, se somete al enfermo terminal a la tortura de una agonía interminable que conculca su derecho a morir en paz. Esta solución puede estar suponiendo, además, que la vida es un valor absoluto, cuando lo que hace en realidad es degradarla a una situación indigna del ser humano.
- Si se pretende eliminar la *vida*, por considerarla insoportable o carente de valor, caben a su vez otras dos soluciones legítimas en función de la respectiva ética subyacente, aunque sean irreconciliables entre sí: 1^a) Causar la muerte por medios *indirectos* como forma de respetar la vida física y, especialmente, la dignidad y el bienestar integral de la persona enferma. 2^a) Causar la muerte por medios *directos* como única forma de respetar la decisión autónoma de quien la solicita y, a la vez, la elección del menor de los males (la muerte) que se presenta bajo el rostro del único bien circunstancial.

A partir de este planteamiento conviene hablar de eutanasia cuando estamos ante una acción médica que, por petición expresa del paciente, tiene como consecuencia primera y primaria la supresión de la vida del enfermo terminal. Habrá que afirmar también que el objetivo o la intención de quien la practica o de quien la solicita pretende poner fin a los dolores físicos o psíquicos, percibidos como el “mal mayor”, pero el acto que se ejecuta persigue el efecto inmediato de acabar con la vida del enfermo que se percibe como el “mal menor”. A este tipo de conducta es mucho mejor y más claro llamarlo *eutanasia*⁵ o *suicidio asistido*, según el caso.

En consecuencia, impedir la aplicación de medidas desproporcionadas a un enfermo 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 conveniencia de firmar un testamento vital que incluya las características anteriores, *no* es promover la eutanasia. Y, más aún, suprimir el soporte vital ordinario (en algunas circunstancias 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 podría 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.

Por consiguiente, el debate actual no reside en discutir el derecho a «morir en paz» o a tener una «muerte digna» o «dulce», aspecto sobre el que hoy se está de acuerdo, sino en si es lícito *provocarla* de manera consciente y deliberada. Dicho con otras palabras, la cuestión no consiste sólo en poner fin a los sufrimientos de un enfermo incurable sino en acortarle voluntariamente la vida para conseguirlo.

⁵ Cfr. J. GAFO, «Eutanasia», en *10 palabras clave en bioética*, Estella, 1994, 100.

A su vez, los *criterios* decisivos que sirven para delimitar los contornos del debate y que es necesario aplicar siempre de manera simultánea, aun reconociendo de nuevo la falta de precisión a la hora de evaluar numerosas situaciones, son cuatro: 1º padecer enfermedad física, 2º irreversible o incurable, 3º con dolores o sufrimientos insoportables y 4º 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 tratar sobre la legitimidad 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, según establecen los criterios clínicos habitualmente en curso.

Únicamente bajo esas circunstancias y teniendo en cuenta los criterios anteriores se debería discutir acerca de la licitud ética de la eutanasia y del suicidio asistido y, por consiguiente, sobre la conveniencia de una regulación jurídica que garantizase el derecho a morir dignamente.

3. LAS RESPUESTAS DE LA BIOÉTICA

El abanico de respuestas que hoy existen en torno a la eutanasia es dispar e incluso antagónico. Antes de exponerlo conviene tomar buena nota de que los dos conceptos que están en el fondo de todo el debate son el de calidad de vida y el de autonomía personal⁶. El primero es intercambiable con el de vida digna o indigna de vivirse y el segundo se refiere a la capacidad que tiene el hombre para darse leyes a sí mismo y, por lo tanto, para ser y actuar como sujeto independiente. La interpretación que se haga de ambos conceptos y la mutua complementariedad que hay entre ellos condicionan por completo las diversas soluciones del conflicto. Veamos, entonces, las posturas que hoy se mantienen en el campo de la Bioética civil y la que adopta la teología moral católica.

3.1. Posturas de la Bioética civil

1. Hay autores que están plenamente convencidos de que, en cualquier sociedad liberal y democrática, el derecho a una «muerte digna» se fundamenta exclusivamente en la *autonomía* personal. Esto significa que solamente le corresponde a cada uno «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»⁷. 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.

Aún hay quienes llevan más lejos la argumentación anterior al afirmar que, desde el punto de vista ético, el bien supremo del hombre no es la vida sino la *libertad* ⁸. La vida es una condición necesaria, pero no suficiente, para existir en cuanto hombre. La condición suficiente para vivir de una manera humanamente digna es la libertad, o sea, la capacidad para elegir y decidir por sí mismo el curso de la existencia. Por consiguiente, cuando la vida ha perdido todo su valor por carecer de calidad y ya no es humanamente digna, la muerte se presenta como el mayor bien circunstancial y el suicidio se convierte en una acción moralmente permitida. Más aún, quien solicita libremente la eutanasia está pidiendo a

⁶ Cfr. M. VIDAL, *Diccionario de ética teológica* , Estella, 1991, 45-48 y 66-67.

⁷ M. CHARLESWORTH, *La bioética en una sociedad liberal* , Cambridge, 1996, 39.

⁸ Cfr. A. PIEPER, «Argumentos éticos en favor de la licitud del suicidio», *Concilium* 195 (1985) 363-374.

otro que cumpla el deber de hacerle el único bien en juego (la muerte “asistida”), porque el bien de la vida ha desaparecido de su horizonte. Por eso hay quienes definen la eutanasia como «la procura de una buena muerte (un “asesinato piadoso”) en el que una persona A pone fin a la vida de una persona B por el bien de ésta»⁹.

El punto débil de esta postura reside en no ser capaz de transferir su argumentación a quienes carecen de autonomía por razones jurídicas, mentales o psíquicas y hasta por motivos de avanzada edad tal como sucede hoy, por ejemplo, cuando se introduce a muchos ancianos en una especie de “eutanasia social” peor que la propia muerte física.

2. Otros autores, sin embargo, hacen un planteamiento diferente aplicando a la situación del enfermo terminal los cuatro principios que componen la estructura de la Bioética¹⁰. 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». Se puede hacer el bien a otra persona si ésta quiere, o sea, nadie está obligado a practicar la beneficencia en contra de la voluntad autónoma de su destinatario, aunque esto suponga un valor más elevado y perfecto, pero sí todo el mundo está obligado a no hacerle mal aun cuando lo pida expresamente. 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.

Así todo, esta segunda postura considera la existencia de *excepciones* cuando el descenso de la calidad de la vida y la invasión del dolor coloca a ciertos enfermos en una situación peor que la de la muerte y les hace pedirla a gritos. En tales casos es obvio que los principios de justicia y no-maleficencia dejan de tener relevancia práctica y las decisiones han de tomarse sólo de acuerdo con los principios de autonomía y beneficencia. En esa situación, y solamente en ella, debe respetarse la voluntad del enfermo siempre que se dé proporción entre la competencia de éste y las consecuencias previsibles de su acto. Nadie está, pues, obligado a conservar su vida mediante decisiones heroicas para sobrellevar un sufrimiento insoportable y, de igual modo, nadie tiene obligación moral de someterse a procedimientos desproporcionados que alargan sin sentido la muerte.

La parte débil de esta postura reside en la falta de lógica que se produce al cambiar innecesariamente el plano de argumentación. Para justificar las excepciones anteriores no hay por qué acudir a los principios de autonomía y beneficencia. Precisamente por razones de *justicia* no se debe martirizar a ningún enfermo, prolongándole la agonía, puesto que ello equivaldría a poner en práctica una maleficencia injustificable a todas luces.

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 no debe provocar «intencionadamente» la muerte a ningún enfermo, ni siquiera cuando éste o sus allegados lo soliciten. También está obligado

⁹ H. KUHSE, «La eutanasia», en P. SINGER (ed.), *Compendio de Ética*, Madrid, 1995, 405.

¹⁰ Cfr. D. GRACIA, «Prólogo», en J. GAFO, *La Eutanasia*, Madrid, 1989, 16-17. Sobre los principios de la bioética, cfr. D. GRACIA, *Procedimientos de decisión en ética clínica*, Madrid, 1991.

a cumplir varios deberes relacionados con la llamada eutanasia pasiva e indirecta (Art.28.2).

3.2. *Postura de la teología moral*

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, donde se sitúa el fundamento 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 y derechos de la persona humana, es un valor primario pero no absoluto y es también 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, la Iglesia ha vuelto a poner de actualidad su posición sobre la eutanasia a través de numerosas intervenciones ya desde el papa Pío XII, pasando por las Conferencias Episcopales, la *Declaración sobre la eutanasia* de la Congregación para la Doctrina de la Fe (1980) y la reciente Carta Encíclica *Evangelium Vitae* de Juan Pablo II (1995). Merece la pena reproducir, por su carácter sintético, el siguiente texto del Consejo Permanente de la Conferencia Episcopal Alemana:

«Al afrontar un problema tan fundamental es necesario, primero, mantener firme un punto: que todo hombre tiene derecho a una muerte humana. La muerte es el último acontecimiento importante de la vida y nadie puede privar de él al hombre, sino más bien debe ayudarle en dicho momento. Esto significa, ante todo, aliviar los sufrimientos del enfermo, eventualmente incluso con el suministro de analgésicos, de forma tal que pueda superar humanamente la última fase de su vida. Ello significa que es necesario darle la mejor asistencia posible. Y ésta no consiste solamente en los cuidados médicos, sino, sobre todo, en prestar atención a los aspectos humanos de la asistencia, a fin de crear en torno al moribundo una atmósfera de confianza y de calor humano en los que él sienta el reconocimiento y la alta consideración hacia su humana existencia. Forma parte de esta asistencia también el que al enfermo no se le deje solo en su necesidad de encontrar una respuesta al problema del origen y del fin de la vida, ya que son éstos los últimos problemas religiosos que no se pueden eliminar ni rechazar. En tales momentos, la fe constituye una ayuda eficaz para resistir y hasta para superar el temor a la muerte, ya que da al moribundo una sólida esperanza»¹¹.

La situación ideal de la ética del morir, según la perspectiva cristiana, consiste en integrar el valor de la vida humana y el derecho a morir dignamente¹². Quitar la vida o hacer morir a un enfermo terminal para poner fin a su sufrimiento es inmoral, porque atenta contra el valor primario de la vida humana. Prolongarle innecesariamente la vida e introducirle en una agonía interminable es también 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». Este modo de entender la muerte digna exige recorrer simultáneamente tres cauces de actuación:

¹¹ Cfr. *Ecclesia* 25 (1975) 1239.

¹² Cfr. M. VIDAL, «Derecho a morir dignamente y respeto a la vida humana», *Moralia* 48 (1990) 407-428.

- Comprometerse en favor de una *beneficencia realista*, sin maximalizar la lucha por la vida, porque se correría el riesgo de incurrir en el encarnizamiento terapéutico.
- Subrayar la importancia de *humanizar* la situación de los enfermos próximos a la muerte, porque 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.

4. LA ARGUMENTACIÓN UTILIZADA

Queda por saber si la solución ofrecida por la ética cristiana es incondicionalmente válida para todos, respondiendo a las dos siguientes preguntas: ¿Existe obligación absoluta de vivir? ¿Hay prohibición absoluta de matar?. La respuesta pasa por examinar antes el valor probatorio de los argumentos aplicados contra la eutanasia, los mismos que se han venido utilizando contra el suicidio y el homicidio: el derecho exclusivo de Dios a disponer de la vida y de la muerte, el bien común y el amor a sí mismo¹³.

4.1. Argumento del derecho exclusivo de Dios sobre la vida

Es el que ha tenido mayor importancia y presenta un desarrollo muy sencillo: quien se suicida dispone de su vida como si fuese el dueño y propietario, pero en realidad sólo Dios es dueño y propietario de la vida de cada hombre, por tanto quien se suicida se arroga un derecho que no le compete.

En los últimos años se está cuestionando cada vez más la fuerza *absoluta* de este argumento. Y ello porque del hecho de que Dios sea el dueño supremo del cuerpo y de la vida del hombre no se sigue que el hombre no pueda disponer de ningún miembro de su cuerpo o que no pueda sacrificar una vida humana. Si así fuera no se entendería el alto sentido humano que encierra la actitud de aquellas personas que han dispuesto libremente de su vida para salvar la de otros, ni sería nunca legítimo amputar un órgano enfermo para salvar la vida, como tampoco lo sería el trasplante de órganos.

Partiendo de estas consideraciones, algunos autores sacan la conclusión de que en ciertas circunstancias puede estar justificada la eutanasia activa y directa, como salvaguardia de la dignidad humana amenazada por una enfermedad dolorosa y terminal que rebaja la vida del enfermo a condiciones infrahumanas. Incluso hay teólogos que, argumentando resueltamente contra la eutanasia, admiten no poder encontrar una solución ética terminante en ciertos casos extremos o límite.

4.2. Argumento del bien común

Ya es bastante antigua la convicción de que el derecho a la vida y la necesidad de protegerlo forman parte del bien común, es decir, que la vida de cada individuo pertenece de alguna manera al patrimonio colectivo, como decía Santo Tomás de Aquino: «Cada parte, en cuanto tal, es parte del todo; y un hombre cualquiera es parte de la comunidad y, por tanto, todo lo que él es pertenece a la comunidad» (*STh.*, II-II, q.51, a.2). Según este planteamiento, la permisión de la eutanasia podría desencadenar fácilmente un «efecto de ruptura de dique», por cuanto tal práctica se extendería a cierta clase impedidos y enfermos no por el hecho de que sufran sino porque resultan ser una carga gravosa para la sociedad. Se

¹³ Cfr. K-H. PESCHKE, «Eutanasia», en *Nuevo diccionario de moral cristiana*, Barcelona, 1993, 254-259.

afirma también que el principio de beneficencia, que inspira la actuación del médico, y la confianza entre éste y el paciente, se verían notablemente dañados si el médico pudiera dar la muerte de gracia o “asistir” indirectamente a la muerte de quien la solicita.

A este tipo de argumentación cabe responder, primero, que por razones de bien común se ha justificado la legitimidad de la pena de muerte y del homicidio en caso de “guerra justa” y, segundo, que el efecto de «ruptura de diques» referido a la eutanasia no tendría lugar si se definieran bien los límites o excepciones del problema porque, como ya se ha dicho, aquí no se habla de cualquier enfermo sino de determinadas circunstancias que rodean a ciertos pacientes terminales. Asimismo, tampoco quedaría dañada la imagen del médico, ni su relación de confianza con el paciente, si se tomaran precauciones legales para impedir abusos injustificados contando en todo momento con la decisión del propio enfermo y de sus familiares.

4.3. *Argumento del amor a sí mismo*

Ha sido también Santo Tomás de Aquino quien lo ha desarrollado: «Todo ser se ama naturalmente a sí mismo y a esto se debe el que todo ser se conserve naturalmente en la existencia y resista cuanto sea capaz lo que podría destruirle» (*STh.*, II-II, q.64, a.5). Por eso condena el suicidio como «contrario a la inclinación natural y a la caridad por la que uno debe amarse a sí mismo» (*Ibid.*).

Ahora bien, eso sería así en la medida en que cada dolor, aunque fuese el más penoso y largo, hubiera que considerarlo como una última fase de la maduración humana querida explícitamente por Dios y que el hombre no pudiera acortar de ninguna manera. Pero está por demostrar, en primer lugar, que ese concepto de Dios sea el más relevante y significativo dentro de la tradición cristiana, porque la propia Iglesia asegura que «tal comportamiento “heróico” no debe considerarse obligatorio para todos»¹⁴ y, en segundo lugar, habría que explicar por qué se admite la muerte del agresor en caso de legítima defensa, o el acortamiento indirecto de la vida con la aplicación de narcóticos, o la omisión de remedios que podrían alargarla indebidamente, cuando a nadie le cabe la menor duda de que eso está permitido.

Desde una perspectiva puramente humanista, el amor a sí mismo parece más bien un buen argumento en favor del acortamiento de la vida cuando ya no existen esperanzas de recuperación. Recuérdese que la vida es el bien por antonomasia del hombre, pero no es el valor absoluto. De ahí que en determinadas circunstancias pueda sacrificarse en aras de un bien mayor o para elegir un mal menor, como podría ser la muerte, cuando la vida es tan insoportable que se presenta bajo el rostro de un mal mayor.

¿Quiere todo esto decir que los argumentos anteriores carecen de relevancia?. De ningún modo. Lo que se quiere decir es que el valor probatorio de tales argumentos es insuficiente para fundamentar un sí o un no rotundos, *absolutos*, en todas y cada una de las circunstancias donde la vida se encuentra amenazada.

Tampoco se quiere decir que la posición de la teología moral no sea razonable, ni menos aún humana, ni se pueda defender en público. Simplemente se afirma que no es compartida por todos, porque no posee argumentos apodícticos y persisten sentimientos de inseguridad. Así pues, ni existe obligación absoluta de vivir a cualquier precio, ni existe prohibición absoluta de matar salvo al *inocente* y, así todo, por medios directos.

Cuando se habla de la obligación absoluta de vivir o de la prohibición absoluta de matar se pretende poner de relieve dos cosas: que el compromiso de «hacerse cargo de toda

¹⁴ Carta Encíclica de Juan Pablo II *Evangelium vitae*, 65.

la vida y de la vida de todos»¹⁵ es el camino más humano para avanzar en la defensa y protección de la vida en todas aquellas situaciones donde continúa estando en juego; y que ese compromiso constituye una barrera, racionalmente establecida por el bien de todos, frente a la libertad de disponer de la propia vida a capricho o *ad libitum*.

En resumen, Dios no ha informado al hombre sobre el desarrollo puntual de su vida o las circunstancias bajo las que espera de él permanecer en la vida. La Biblia nos lo presenta como Dios de Amor, presente en cada acontecimiento, y que encarga a cada uno de sus interlocutores, que somos todos, la tarea de analizar, apropiarse y ejecutar la propia conducta. «El Señor creó al hombre al principio y lo entregó al poder de su albedrío» (Eclo 15,14). Sería una actitud infantil pedir al universo de la fe aclaraciones que seguramente no puede hacer. Lo más difícil y arriesgado, pero también lo más maduro, es ser capaces de responder a la pregunta que Jesús planteaba a la gente: «¿Por qué no decidís por vosotros mismos lo que es justo?» (Lc 12, 57).

A la hora de resolver el problema de cómo morir humanamente la propia muerte, la ética cristiana ofrece un camino pero no puede garantizar con exactitud la solución de todos los conflictos. Su objetivo principal es sumarse al esfuerzo de cuantos luchan por conseguir una muerte digna del hombre, sin incurrir en acepción de personas ni de ideologías. Esa es la razón por la que no se puede ni se debe imponer por la fuerza nuestro modo de entender la vida y la muerte a quienes no admiten a Dios como último horizonte de sentido porque, como dice el Concilio Vaticano II, «la verdad no se impone de otra manera que por la fuerza de la misma verdad»¹⁶. Hace dieciséis siglos San Atanasio decía lo mismo con otras palabras: «es propio de la religión no imponer a la fuerza sino persuadir»¹⁷.

5. EL PROBLEMA LEGAL DE LA EUTANASIA

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 siguientes¹⁸:

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 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

¹⁵ *Evangelium vitae*, 87.

¹⁶ Cfr. Declaración *Dignitatis humanae*, 1

¹⁷ Cfr. *Patrologia Griega*, 25,773.

¹⁸ Vid. P. SIMÓN LORDA, «Eutanasia en Australia: luces y oscuridades», *Jano* 1193 (1997) 9.

- 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, pero disponemos de datos de opinión que, cuando menos, hacen pensar:

- La encuesta realizada en 1989 a 344 médicos colegiados de Barcelona indica que el 82% es partidario de la eutanasia pasiva/indirecta (el 52% cree que es una práctica habitual), mientras que tan sólo el 10% está a favor de la eutanasia activa/indirecta. A su vez, el 82,3% opina que es necesario un ordenamiento jurídico de la eutanasia: el 52,3% cree que debería reducirse a la pasiva/indirecta y el 43,2% considera que sería necesario regular también la activa/directa.
- Otra encuesta realizada por Sigma Dos en 1996, sobre una muestra de 1052 personas, revela que siete de cada diez españoles aceptan la legitimidad ética de la eutanasia, el 11% de la población se muestra comprensivo hacia ella y el 20% la rechazan. La opinión más favorable corre a cargo de los jóvenes entre 20 y 29 años (el 79%), sobre todo si tienen estudios universitarios.

Tal como están las cosas, me parecería por completo improcedente legalizar sin más ni más la eutanasia en sentido estricto. El calibre del conflicto moral y jurídico, que ahí está en juego, no puede solucionarse por la vía del mimetismo internacional. Pienso que nos veremos abocados a ello, pero antes, ojalá que mucho antes, es más urgente erradicar el modelo paternalista de relación médico-enfermo, poner en marcha con auténtico rigor el consentimiento informado como eje de la relación clínica y, por encima de todo, cuidar la calidad de la atención al paciente terminal desarrollando una sólida estructura de cuidados paliativos. Sólo entonces comenzaría el verdadero debate, ético y jurídico, sobre la muerte médicamente asistida. En cualquier caso, 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 este tipo de legislación 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 completamente¹⁹.

El Papa se está refiriendo ahí a la ley del aborto y a los países que contemplan una ley más restrictiva, pero a mi juicio no existe ninguna diferencia substancial respecto a la eutanasia. Tampoco veo diferencia esencial entre la conciencia de un parlamentario opuesto a la eutanasia y la conciencia de su respectivo elector. Por lo tanto, si después de haber debatido en público esta cuestión, y cumplidos los trámites correspondientes para evitarla, se estableciera por mayoría parlamentaria una ley de esas características, creo que no representaría todo el espectro moral de la sociedad si no incluyera los siguientes requisitos:

¹⁹ Cfr. *Evangelium vitae*, 73.

- Derecho a la objeción de conciencia para aquellos médicos que deseen acogerse a ella, sin represiones laborales de ninguna clase.
- Tipificación de los derechos del enfermo terminal que garanticen una muerte en paz, en el sentido indicado a lo largo de esta exposición.
- Garantías para delimitar bien los casos y evitar todo tipo de abusos.
- Garantías para comprender bien el auténtico deseo de quien solicite la eutanasia, con el fin de saber si está pidiendo otro tipo de asistencia y de muerte.
- Subvenciones económicas para promocionar el estudio y la investigación del dolor e implantar Unidades de Dolor.
- Facilitar económica y jurídicamente la implantación de Unidades de Cuidados Paliativos en todo el territorio español.
- Incorporar la Medicina Paliativa, la Tanatología y la Algología al currículo de especialidades médicas y de estudios universitarios de Medicina.

Sin embargo, la posible legalización o despenalización de la eutanasia no cerraría definitivamente el problema. Aún quedaría pendiente la asignatura de demostrar que existen otras vías alternativas para ayudar a morir en paz, sin recurrir a la eutanasia como tal.

6. ALTERNATIVAS A LA EUTANASIA

Ya hace bastante tiempo que comenzaron a surgir iniciativas. Se podrían englobar bajo la expresión genérica de «Medicina Paliativa», una nueva modalidad de atención a los enfermos terminales cuyo punto de partida consiste en tomar conciencia de que cuando ya no se puede curar, aún se puede *cuidar* propiciando una asistencia integral desde el punto de vista físico, psíquico, social y espiritual.

Este cambio de mentalidad ha dado lugar a numerosos programas especializados, que se pueden dividir básicamente en tres categorías:

- Las *Unidades de Cuidados Paliativos* (UCP), que están integradas física y funcionalmente en los hospitales. La parte distintiva de las UCP son las Unidades de Dolor.
- Los *Hospicios*, que son instituciones especializadas y, a la vez, independientes física y funcionalmente de los hospitales.
- Los *Programas de Atención a Domicilio*, que ofrecen un tipo de asistencia similar a los anteriores pero manteniendo al enfermo en su ambiente familiar.

La experiencia aconseja que lo más práctico es realizar “programas combinados” entre los tres modelos, a fin de que el paciente pueda ser atendido por el mismo equipo interdisciplinar indistintamente en su domicilio o en una institución. En cualquier caso las cifras hablan por sí solas: en Inglaterra e Irlanda hay 111 hospicios y 170 programas de atención a domicilio, Estados Unidos tiene alrededor de 2000 hospicios, Canadá alcanza la cifra de 359 programas combinados y 2 hospicios, Alemania cuenta con 2 hospicios y una UCP, Francia con 13 UCP e Italia con varios programas de atención a domicilio²⁰.

6.1. El modelo asistencial de los Hospicios

Su origen se remonta a la Edad Media, como forma de atención material y espiritual a los peregrinos, se recuperaron en el siglo XIX por las Hermanas Irlandesas de la Caridad y comenzaron a difundirse después de la II Guerra Mundial. Entre los años 50 y 60 fue muy decisiva la influencia de Cecily Saunders, enfermera, asistente social y médico, que fundó

²⁰ Cfr. J. M. NÚÑEZ OLARTE, «Unidades de Cuidados Paliativos, Medicina al servicio de los enfermos terminales», *El Médico* 375 (1990) 67-70.

en 1967 uno de los más conocidos: el St. Christopher de Londres. Los hospicios actuales son mucho más que un edificio. Se trata de un concepto o forma de asistencia a los pacientes terminales, que se centra en los siguientes puntos²¹: control del dolor en todas sus manifestaciones, relación interpersonal con cada enfermo, acompañamiento individualizado para que nunca se sienta solo, selección de personal especializado cuya tarea principal es la presencia y la cercanía, y ayuda para aceptar la muerte y su fase final.

La crítica más frecuente que se suele hacer a los hospicios es la de convertirse en «almacenes de moribundos» y en establecer demasiada separación entre enfermos curables e incurables. Sin embargo los resultados parecen ser otros. En Inglaterra, por ejemplo, hay asociaciones en favor de la eutanasia que se plantean sus propias posibilidades de futuro en caso de que continúe prosperando el modelo de los hospicios.

6.2. La posibilidad de «morir en la ternura»

«El cristianismo no es tal si no toma en serio lo humano: lo *humano* es el lugar de la búsqueda de Dios y del encuentro con Dios»²², es el único lugar donde se comprueba la autenticidad de la fe. Si esto es así, la ética cristiana tendrá que apoyarse en los siguientes criterios²³:

- El *criterio mínimo* es la búsqueda y promoción de lo verdaderamente humano, lo cual significa, a la inversa, que en la medida en que difunda inhumanidad e impida a los hombres adquirir identidad, sentido de la vida y valores básicos, se convertirá en una ética nociva e incluso perversa.
- El *criterio máximo* es ofrecer a todos la consumación de la verdadera humanidad, servir de presupuesto óptimo para la realización de lo humano, que se resume en la justificación trascendente de las dos siguientes preguntas: ¿por qué el hombre debe comportarse siempre como tal, o sea, humanamente? ¿por qué debe hacerlo incondicionalmente, es decir, en todos los casos?.

La ética cristiana está en condiciones de mostrar que se respeta el derecho a una muerte digna, *humana*, cuando se ayuda a «morir en la ternura»²⁴ sin necesidad de recurrir a la eutanasia. Una de las personas que ha sido capaz de morir así su propia muerte ha sido **Francisco de Asís**, el mejor cantor de la vida universal. Todos los gestos que realizó antes de morir encierran un gran simbolismo. Primero se despidió de todos y cada uno de sus hermanos, los frailes. Luego les pidió que lo colocasen desnudo sobre el suelo, como signo de su regreso a la tierra. Después compartió con ellos un trozo de pan, que él mismo fue distribuyendo. Aún tuvo tiempo para entonar el Cántico de las Criaturas, añadiéndole la estrofa que le faltaba: «Loado seas, mi Señor, por nuestra hermana muerte corporal». Por último solicitó que le recitasen los versos del Sal 141 («Con mi voz clamé al Señor, con mi voz imploré piedad...») y expiró en medio de un gran silencio. Conviene recordar que, entre otras cosas, Francisco padecía cáncer de estómago. Uno de sus biógrafos, parafraseando Eclo 11,29, describió así su muerte: «el fin del hombre descubre lo que es él».

Otro ejemplo elocuente es **BASIDA** (Aranjuez), un grupo de hombres y mujeres que se dedican a *humanizar* la muerte de los enfermos terminales de SIDA. A lo largo de seis años han dicho adiós a la vida de 120 personas que terminaron siendo sus amigos. Les

²¹ Cfr. J.GAFO, *10 palabras clave...*, 159-165.

²² E.SCHILLEBEECKX, «Identidad cristiana e integridad humana», *Concilium* 175 (1982) 193.

²³ Cfr. K.J.KUSCHEL, «Religiones universales. Derechos del hombre y lo humano» y H.KÜNG, «A la búsqueda de un "ethos" básico universal de las grandes religiones», *Concilium* 228 (1990) 279-309.

²⁴ Chr.JOMAIN, *Morir en la ternura. Vivir el último instante*, Madrid 1987.

ofrecieron ternura, cercanía y calor humano. Acompañaron su dolor, compartieron su sufrimiento, cargaron con su angustia...dejándolos morir en paz. Los versos que componen el lema de su casa lo resumen perfectamente:

«Déjame poner tus manos
en tu herida,
pon tus manos cansadas
en mi vida
y juntos volaremos».

En definitiva, se nos está diciendo que uno de los caminos para ayudar a morir en paz consiste en «amar y, sobre todo, amar a tiempo»²⁵.

CONSTANTINO GONZÁLEZ QUINTANA
17 y 18 de marzo del 97

²⁵ H.HUITERT, «¿Tiene el cristiano derecho a darse muerte?», *Concilium* 199 (1985) 442.