



Eutanasia y ética

*Dar vida al final de la vida: 20
escritos para reflexionar*



NOTA DEL EDITOR INVITADO: LEGALIZACIÓN DE LA EUTANASIA: LO QUE ESTÁ EN JUEGO

GUEST EDITOR'S NOTE: LEGALIZATION OF THE EUTHANASIA: WHAT IS AT STAKE

MARTA ALBERT

Universidad Rey Juan Carlos, Madrid

Paseo de Artilleros s/n, Vicálvaro, 28032, Madrid. España

+34 646717549

marta.albert@urjc.es

La tramitación parlamentaria de la Proposición de Ley de Eutanasia, presentada por el grupo parlamentario socialista, vuelve a situar en el centro del debate público el problema de la respuesta que, como sociedad, debemos dar al sufrimiento humano en el final de la vida.

Lo que nos jugamos en este debate es mucho más que una u otra calificación jurídica para los actos conducentes a la muerte de un paciente a petición explícita de éste. Que la actuación eutanásica constituya una conducta prohibida, como hasta ahora, o una conducta debida, como se propone en el texto en discusión, supone, como es fácil comprender, un asunto de la mayor importancia.

Pero el derecho no se limita a imputar (o no) sanciones a la comisión de determinadas acciones, con el fin de ordenar las conductas. Sobre todo, las estigmatiza o bien, como sería el caso, las normaliza. El derecho enseña y, cuando apenas hay otras instituciones que efectivamente enseñen algo, el derecho despliega toda su eficacia pedagógica sobre el tejido social. Lo que está en juego no es sólo un problema jurídico, es también un problema cultural: el problema del puesto de la fragilidad humana extrema en nuestra civilización.

El debate sobre la eutanasia es protagonista recurrente en el escenario político. En España, como en otros

países de nuestro entorno, aparece y reaparece cíclicamente. A veces su entrada en escena viene motivada por la interposición de un litigio estratégico asociado a una situación trágica que resulta hábilmente amortizada en términos políticos (como el que ha sido noticia en estos días en Italia, a propósito del fallecimiento del dj Favo). E incluso cuando no se da esta circunstancia, no es extraño que los medios de comunicación visibilicen historias dramáticas de personas con patologías terribles, historias que inevitablemente se hilvanan al debate político. Es imposible no empatizar con el sufrimiento que desvelan estos relatos. Cada caso representa un universo de dolor frente al que muchos de nosotros no podemos hacer otra cosa que suspender todo juicio.

El problema comienza cuando nos planteamos legislar el final de la vida pensando en ellos. Las leyes no se han de redactar ni en situación de conmoción emocional ni, menos aún, persiguiendo soluciones para problemas que no sean los que atañen más urgentemente a la generalidad de sus hipotéticos destinatarios.

No es correcto legislar enfocando sólo a las dificultades que han de enfrentar aquellos que desean provocar su muerte y, que, sobre todo, no están dispuestos a disponer fácticamente de ella por sí mismos o con la ayuda de terceros, sino que pretenden que sean los profesionales sanitarios quienes asuman la responsabilidad de ma-

tarles. Hay que poner el foco, principalmente (aunque solo sea por un argumento puramente cuantitativo) en cómo garantizar mejor los derechos de todos aquellos que no buscan deliberadamente su muerte, sino que desean vivir hasta que la muerte llegue recibiendo las mejores terapias para la patología que padecen y, en todo caso, los mejores cuidados posibles.

Preguntémonos, para esa generalidad de pacientes que no busca deliberadamente la muerte, pero sí una buena muerte, ¿realmente representa el derecho a morir una mayor libertad? Creo que a menudo respondemos afirmativamente a esta pregunta sin la reflexión necesaria. Tener un derecho significa tener un poder sobre otros. Si somos titulares de un derecho, podemos lograr que un tercero haga lo que puede no querer hacer, o que no haga lo que acaso desearía. Más libertad, aparentemente.

Pero hablar el lenguaje de los derechos significa que esa relación que establecemos con el otro se ha radicado dentro de una estructura de poder político. Si puedo hacer que otro me mate (o me “ayude a morir”, como eufemísticamente afirma la proposición de ley) no es porque yo tenga, sin más, la capacidad de imponer mi voluntad sobre la suya. Esa capacidad la otorga y la garantiza el Estado y, al asumir esa tarea, agranda el perímetro dentro del que ejerce su poder. El problema es que ese perímetro se extiende ahora a un ámbito que creíamos haber conseguido mantener, por fin, al margen de la acción estatal: la disposición de la vida humana (en nombre del propio interesado, eso sí).

No nos engañemos: el primer efecto de la legalización de la eutanasia es ensanchar los contornos del poder estatal. Foucault pensaba el suicidio como un límite al poder del Estado, y no erraba: con la vida desaparece también el campo donde ese poder se despliega. La eutanasia está en las antípodas del suicidio: es la manera de que también la muerte (no sólo la vida, que ya es bastante) devenga objeto del poder político.

Por esta y por otras razones, resulta tremendamente ingenuo pensar que la legalización de la eutanasia será indiferente para todos los enfermos que no desean “optar” por solicitarla. La normalización de la eutanasia

afectará necesariamente a todos nuestros enfermos y nuestros mayores, y, el día de mañana, a nosotros mismos: el derecho a morir de unos pocos se transformará en el “deber” (no jurídico, pero tremendamente eficaz) de morirse de muchos.

La razón es muy sencilla. Si se legaliza la eutanasia, la situación de los enfermos dejará de ser la consecuencia normal de la frágil condición humana. Cuando el paciente tenga “derecho a morir”, la carga que representa para todos nosotros tendrá algo de deliberado. Si, teniendo la posibilidad de abandonar este mundo, liberándose a sí mismo de todo sufrimiento y a sus congéneres de toda responsabilidad hacia él, el paciente “se obstina” en seguir aquí, si decide no ejercer su derecho a morir, ¿será nuestra actitud hacia él la misma que cuando no gozaba de esta prerrogativa?, ¿no resulta obvia la presión a la que somete a su titular este derecho? La legalización del derecho a solicitar la ayuda a morir certifica la soledad más extrema del paciente, por paradójico que parezca.

Si no deseamos que sea esta nuestra toma de posición frente al sufrimiento de nuestros enfermos, y frente a nuestro propio, deberíamos reflexionar sobre las alternativas a la legalización de la eutanasia.

La primera, en mi opinión, es abordar política y jurídicamente la verdadera urgencia en la realidad de la atención sanitaria al final de la vida: la universalización de los cuidados paliativos, invirtiendo tanto como sea preciso para hacerla realidad. Los cuidados al paciente y a su familia durante el proceso final de la vida sí representan una ayuda real para el buen morir. Significan un verdadero “empoderamiento” del paciente, la condición necesaria para su verdadera libertad, que no puede ejercerse en medio de un sufrimiento no tratado correctamente, por más derechos que a uno le adjudiquen. En España se estima que no reciben los adecuados cuidados aproximadamente la mitad de quienes los necesitan. Si hay un derecho básico, prioritario y urgente que debemos garantizar a los pacientes al final de su vida es el acceso en condiciones de igualdad a los cuidados paliativos.

La segunda es confiar menos en el Estado y más en la relación entre las personas, en este caso, en la relación

entre el paciente y su familia y el equipo de profesionales sanitarios que les atienden. Es en el seno de esta relación personal (que es siempre asunto privado, no público) donde cabe encontrar la solución idónea para cada paciente, para su familia, de acuerdo a los valores conforme a los cuales han orientado su vida, a sus peculiares circunstancias, a las alternativas terapéuticas o paliativas disponibles...es una tarea que el legislador, sencillamente, no puede cumplir.

La misión del legislador debería ser más bien, a mi juicio, garantizar las condiciones óptimas para que esta relación pueda establecerse y desarrollarse adecuadamente. Así, las asimetrías que le son inherentes (y que sería absurdo negar), pueden neutralizarse con una correcta (que no igualitaria) distribución de obligaciones y prerrogativas entre ambas partes. La complejidad de las decisiones que deberán tomarse durante todo el proceso se puede abordar mediante la exigencia de una formación adecuada de los profesionales sanitarios, que abarque tanto la adquisición de conocimientos como la de competencias comunicativas, compasivas etc. (y mediante una organización asistencial que permita disponer del tiempo de ejercitarlas).

Y en todo caso, para que la relación entre los pacientes, sus familias y los profesionales sanitarios permita encontrar, para cada historia real, las decisiones más correctas, resulta esencial que ambas partes compartan el sentido y la finalidad de la relación que les ha unido, al menos en lo que se refiere al hecho de que la muerte intencional de una parte a manos de la otra queda completamente excluida. ¿Cabría imaginar una relación justa entre personas que admitiera excepción alguna a este principio?

Esto y no otra cosa significa la legalización de la eutanasia. De aprobarse, dinamitaría las relaciones entre pacientes y profesionales sanitarios, volvería a los enfermos responsables únicos de su propia y doliente existencia, garantizándoles más soledad que libertad, y ensancharía el poder político más allá de los límites propios de un Estado de Derecho.

Existen otras respuestas a la fragilidad y al sufrimiento humano al final de la vida, más acordes con lo que los enfermos y sus familias merecen, más acordes con nuestra propia auto-representación como sociedad progresista y comprometida con sus miembros más débiles. Todas ellas empiezan por una necesaria inversión pública en cuidados paliativos.



NOTA DEL EDITOR: EUTANASIA Y BIOÉTICA

EDITOR'S NOTE: EUTHANASIA AND BIOETHICS

LUIS MIGUEL PASTOR

*Departamento de Biología Celular e Histología.
Facultad de Medicina, IMIB-Arrixaca,
Regional Campus of International Excellence
Campus Mare Nostrum,
Universidad de Murcia, Murcia, Spain.
bioetica@um.es*

El comienzo de 2019 nos depara en España diversas iniciativas parlamentarias que pretenden modificar el ordenamiento legal existente respecto al proceso de la muerte. La Asociación Española de Bioética y Ética Médica (AEBI) presentó después de sus jornadas anuales dedicadas al tema *Morir con Dignidad* un comunicado a la opinión pública sobre la eutanasia: http://aebioetica.org/archivos/Conclusiones_y_comunicado_final.pdf. Este comunicado y los artículos que constituyen el tema de estudio de este número pretenden introducir una reflexión seria sobre lo que puede significar para una sociedad la legalización de la eutanasia. Responden a la vocación de nuestra asociación y de la revista Cuadernos de Bioética, de intervenir en los problemas bioéticos actuales, aportando ideas que enriquezcan el dialogo social y favoreciendo soluciones acordes con la dignidad del hombre.

Como se ha indicado anteriormente en este número de la revista abordamos, en el tema de estudio, una cuestión que lleva años siendo discutida en el ámbito bioético: la muerte humana. Evidentemente a la bioética no le interesa de forma directa el proceso biológico o psicológico, sino la perspectiva ética frente a ella. Como en otros muchos temas bioéticos hay tres actores importantes que se relacionan con el proceso del morir humano y que se ven llamados a participar en él: la

persona que lo sufre, los profesionales sanitarios que la atienden, y la propia sociedad, en cuanto la muerte de un ser humano no es un hecho solo individual sino que afecta al conjunto social.

Está claro que cuando hablamos de la participación de estos actores no sólo nos referimos a que ellos actúan tomando decisiones sanitarias, sea de forma pasiva o activa, sino que también son de carácter ético. Esto determina diferentes perspectivas a la hora de enjuiciar éticamente las acciones a realizar tanto por el paciente, como por los miembros del equipo sanitario, como por los responsables de la comunidad. En concreto, por ejemplo: la adecuación de medidas terapéuticas o paliativas que incluyen tanto su instauración como su retirada o el modo de afrontar posibles peticiones para acelerar o finalizar de modo directo con la vida. Esta última cuestión, es lo que clásicamente denominamos *eutanasia*: una acción humana, activa o pasiva, en la que se elige la muerte y que está motivada por el deseo de finalizar un sufrimiento que se considera insoportable. Ante esta acción los tres actores antedichos pueden ser la causa inicial para proponer y realizar dicha eutanasia, o cooperadores de ella en mayor o menor medida, o tolerarla dentro de unos límites. Esto hace que podamos distinguir varios posibles escenarios. Así, la propuesta eutanásica puede surgir del profesional sanitario, de la

autoridad del estado o del mismo enfermo. En este último caso la voluntad del paciente puede ser conocida de forma expresa en presente, o de forma anticipada a través de alguna voluntad previa. Puede ser sustituida, suponiendo que esta sería su voluntad, o puede ser simplemente decidida por el profesional o la autoridad social. De esta manera, observamos que ante esta muerte directamente provocada y que tiene por intención última eliminar el sufrimiento de un enfermo, se entrecruzan tres libertades frente a una vida humana, lo cual genera diferentes responsabilidades: la de la propia persona con su vida, la del profesional frente a una vida ajena y la del conjunto de la sociedad sobre ella.

Como consecuencia de ello estamos, como dijimos anteriormente, ante perspectivas distintas respecto al bien en juego, –la concreta vida humana–, lo cual suscita en los tres actores, acciones que aunque físicamente sean la misma –matar, cooperar o tolerar esa muerte–, son elecciones éticas distintas para cada uno de ellos. En el primer caso se trata de elegir suicidarse, aceptar o tolerar ser matado; en el segundo tolerar, cooperar o matar a un inocente, y en el tercer caso tolerar, legalizar o imponer esta misma muerte. En cualquiera de los casos, siempre la acción se basará en motivos o razones últimas de “piedad”, para mí mismo, para otro y, en el tercer caso considerando si ésta es adecuada respecto al interés general de la comunidad. Derivado de ello, para realizar el análisis bioético de la elección eutanásica hay que valorar cada una de ellas desde su perspectiva y en su contexto concreto, no sólo para determinar correctamente qué es lo bueno para cada una sino también para determinar cuál debe ser la respuesta legal frente a esa posible demanda eutanásica.

Desde estos presupuestos, los artículos que publicamos en el tema de estudio complementan el comunicado de AEBl sobre la eutanasia, en cuanto que al igual que éste abordan el tema desde las diversas perspectivas comentadas, enfrentándonos ante los retos que plantea la asunción de la eutanasia en el plano individual, profesional y social.

Así, tanto en el comunicado como en los artículos, se analizan tres situaciones habituales en la atención sani-

taria y que, lógicamente, son frecuentemente consideradas en el debate bioético sobre esta materia: a) lo que clásicamente denominamos eutanasia voluntaria: aquel acto –sea activo o de omisión– que lleva a la muerte, realizado por personal sanitario dentro de la fase final de una enfermedad. Ésta se produce por una petición del propio enfermo pues su sufrimiento es vivido como insoportable y éste lo plantea como huida o salida de él; b) la del sujeto humano aquejado de alguna enfermedad, crónica, tanto física o psíquica, aunque no se encuentre en la fase final de la misma o en los que tienen enfermedades mortales a corto plazo, en las que el paciente solicita voluntariamente una ayuda o cooperación para morir: suicidio asistido o cooperación al suicidio. En este caso, la petición estaría determinada por cualquier circunstancia que el sujeto considerara relevante para dejar de existir. Y la propuesta eutanásica se contemplaría como uno de los actos de mayor dignidad y valentía del sujeto. Una manifestación de su libertad de disponer de su vida biológica; c) la suspensión de determinados tratamientos curativos y el mantenimiento de los cuidados, cuando los primeros son fútiles o desproporcionados y su mantenimiento implicaría una obstinación incompatible con el respeto a la vida humana, en cuanto que el “tratamiento” habría dejado de serlo y supondría un daño para la persona. Esta situación sería hacer una buena medicina tanto por parte del médico como del paciente y no es ningún tipo de eutanasia, ni debe confundirse con ella. Es adecuar la finalidad de los tratamientos a la situación clínica del paciente no aplicándolos cuando no hay indicación y substituyéndolos por otros de carácter paliativo. Como esta tercera situación está muy clara en el ámbito médico y bioético, me gustaría hacer algún comentario a las dos primeras indicando los argumentos que dan sus partidarios para hacer posteriormente una valoración crítica de los mismos.

Con respecto a la primera situación, los partidarios de ella suelen plantear que la eutanasia sólo se debe aplicar a petición del paciente en casos especiales y con determinadas garantías que impidan los abusos. La razón de fondo aducida sería de tipo humanitario, pues son conscientes de que podría aplicarse a personas que real-

mente no lo desean plenamente o que su competencia al consentir está muy deteriorada o que fueran empujadas a ello. Se trataría de no hacer sufrir a una persona mas allá de sus posibilidades, evitarle sufrimientos que son considerados innecesarios y aceptar en una situación límite la opción eutanásica. Con esta argumentación de fondo, el paciente podría justificarse a sí mismo para considerar que no se está suicidando, en cuanto su situación es tan extrema que sólo tiene esa opción. El personal sanitario podría considerar que el imperativo profesional «no matarás al inocente», sufriría una excepción bajo determinadas circunstancias. Éstas requerirían una forma de compasión en la cual, bajo la petición expresa del paciente, se podría dar la muerte al enfermo. Con respecto a los responsables públicos, la aceptación legal de esta práctica supondría su despenalización basándose en que el interés general se salvaguardaría con una serie de requisitos o garantías que evitarían que tal práctica pudiera expandirse y afectar al bien de la vida humana en la entera sociedad. También esos límites impedirían posibles abusos de terceros y regularían el riesgo de que pudiera incrementarse el poder de los sanitarios sobre la vida humana.

Con respecto a la segunda, sus partidarios consideran que tanto la anterior situación tratada como el propio suicidio asistido son lícitas en el plano ético pues son una manifestación de la dignidad del hombre la cuál radica en su libertad de elección. La persona competente puede decidir sobre la disposición de la vida hasta el extremo de eliminarla directamente con la ayuda de terceros o solicitando que otros lo hagan. Este planteamiento -pro elección- considera que esta actividad autolítica es algo concorde con la propia naturaleza del hombre y como tal es un derecho individual. De esta forma, y siguiendo la triada de perspectivas al actuar, para el enfermo el acto quedaría justificado como ejercicio de un derecho, para el profesional sería un deber ayudar a que éste sea efectivo y los poderes públicos deberían simplemente regular tal derecho asegurándose de la competencia del enfermo y de facilitar los medios para realizarlo. Lógicamente, en el plano legal, no se trataría de una despenalización sino que la legislación, como

hemos dicho tendría que regular la aplicación concreta de ese derecho (plazos, condiciones de consentimiento, etc).

Paso a la valoración crítica que haría a los que sostienen como oportunas y buenas para los enfermos, profesionales y responsables sociales las situaciones comentadas.

Ante la primera situación considero “que nunca hay motivo que justifique la directa eliminación de un ser humano. El interés general de la sociedad exige que ningún ciudadano pueda cooperar o ejecutar la eliminación de otro, menos aún los profesionales sanitarios. Ni el dolor ni la ausencia de ninguna otra cualidad inherente a la persona anulan su dignidad”¹ en cuanto no se puede admitir excepciones al principio “no mataras al inocente”. Nunca es lícito para conseguir un bien hacer el mal o lo que es lo mismo que el fin justifique los medios. Ni las circunstancias de sufrimiento, ni la intención última de eliminarlo, ni el propio consentimiento del paciente, que demanda la eutanasia, cambian sustancialmente la acción de elegir la muerte de un ser humano provocándola o colaborando con ella. La actitud pues de la propia persona y especialmente de los que le atiende debe dirigirse hacia otras soluciones en cuanto hay que “eliminar el dolor y el sufrimiento no la persona con dolor y sufrimiento. Aun existiendo situaciones particulares muy dolorosas hay que realizar un esfuerzo para ayudar a los pacientes a dotarlas de sentido.”² No existiendo variantes benignas “de la eutanasia, por tanto no se pueden admitir excepciones. La lástima que pueda provocar esa situación, no justifica quitar intencionalmente la vida de un hombre.”³ La responsabilidad con nuestras vidas y con las vidas ajenas consiste en buscar y ayudar a encontrar sentido a ellas. El apoyo de los demás es necesario,

1 [Publicación en línea] “Conclusiones de la Jornada Anual de AEBI y Comunicado de AEBI sobre la Eutanasia. Morir con dignidad Madrid 19 de Octubre de 2018 ” <http://aebioetica.org/archivos/Conclusiones_y_comunicado_final.pdf> [Consulta: 10/01/2019]

2 [Publicación en línea] “Conclusiones de la Jornada Anual de AEBI y Comunicado de AEBI sobre la Eutanasia. Morir con dignidad Madrid 19 de Octubre de 2018 ” <http://aebioetica.org/archivos/Conclusiones_y_comunicado_final.pdf> [Consulta: 10/01/2019]

3 [Publicación en línea] “Conclusiones de la Jornada Anual de AEBI y Comunicado de AEBI sobre la Eutanasia. Morir con dignidad Madrid 19 de Octubre de 2018 ” <http://aebioetica.org/archivos/Conclusiones_y_comunicado_final.pdf> [Consulta: 10/01/2019]

natural, en cuanto el ser humano no es un ser solitario, sino un ser con otros seres, es alguien que coexiste con otros. “En este sentido, y dado que el hombre no es un ser aislado, se requiere por parte de la sociedad, de las ciencias sanitarias, de los servicios de salud y socio-sanitarios de una atención que palie los sufrimientos y desbloquee las pocas peticiones eutanásicas que se pueden dar, pues dichas demandas terminan cuando los pacientes reciben tratamiento paliativo adecuado....lo que piden los enfermos es ser valorados, seguridad ante la incertidumbre de la muerte, ser tratados y cuidados profesionalmente”⁴, “hacer caso” a las íntimas necesidades de un ser humano en ese periodo de su vida, con cariño y profesionalidad. Por tanto hay que actuar “sobre las necesidades de todo tipo de personas afectadas por la enfermedad avanzada. Este enfoque global del paciente y su familia se alcanza mediante el trabajo en equipo interdisciplinar de profesionales médicos, personal de enfermería, psicólogos, trabajadores sociales y asistentes espirituales.”⁵

Pero la cuestión de la eutanasia, como ya hemos indicado, tiene un componente sociopolítico muy importante. El bien de una comunidad es algo que debe ser protegido y promocionado por los gobernantes, los legisladores y los que imparten justicia en una sociedad. Su perspectiva ética a la hora de tomar decisiones, no sólo mira a un bien individual o al que surge de una relación profesional, sino que atiende al conjunto de todas las personas que constituyen la sociedad. Permitir que en una sociedad uno de sus miembros pueda matar a otro bajo cierta excepcionalidad supone una ruptura importante del tejido social. “Si en alguna circunstancia se admite que alguien pueda disponer la vida de una persona, implícitamente se está afirmando que la vida humana no es inviolable o incondicional y por lo tanto se acepta que hay vidas humanas que merecen no ser vividas. Esto es una tentación para todos, un recurso

fácil que tiende a expandirse”⁶ como el aceite y, especialmente como en otros fenómenos, se podría cebar sobre los más vulnerables y desfavorecidos. Legitimar legalmente la anticipación de la muerte para algunos puede ser considerado un avance en su libertad individual, pero no es menos cierto que esa pretendida libertad de elección para ellos, se convertiría para otros en una fuerte presión. Socialmente, el paradigma del respeto de la vida humana habría cambiado y, de ser considerada siempre la vida de la persona como algo inviolable, se pasaría a que cada uno tendría que justificar ante los demás su decisión de seguir viviendo hasta su fin natural. Dudas, que son habituales en estas situaciones, como considerar que uno puede ser un peso psicológico, moral o un gasto para los familiares o la sociedad se agravarían, en cuanto que la responsabilidad de seguir viviendo caería sólo en manos de los pacientes. Junto a esto, no habría que pasar por alto, la posibilidad de una sutil incitación por parte del entorno para que el enfermo se decantara por una elección eutanásica. Esto supondría una violencia moral que en muchas ocasiones estaría basada en un chantaje de carácter emocional. Ante esto, no está tan claro que para el interés general de una sociedad legalizar la eutanasia suponga incrementar la libertad de los ciudadanos. Aceptar excepciones al “no matarás”, tiende por su dinámica a que estas se extiendan y a ir afianzando una infravaloración en la sociedad de los más vulnerables y desfavorecidos. El paso final de este proceso de degradación, podría llegar a cristalizar en la sociedad a través de un sentimentalismo fácil -falsa compasión- que con fuertes dosis de egoísmo abogaría socialmente por la eutanasia como solución y salida a los problemas que causan muchos enfermos. Es decir, en muchas personas se conformaría un nuevo criterio ético, la idea de que hay personas que deberían estar mejor muertos que vivos.

Por último, aunque fuera un estadio final, no hay que obviar la posibilidad de que se llegara a considerar como un buen acto ciudadano, la iniciativa del médico

4 [Publicación en línea] “Conclusiones de la Jornada Anual de AEBI y Comunicado de AEBI sobre la Eutanasia. Morir con dignidad Madrid 19 de Octubre de 2018 “ <http://aebioetica.org/archivos/Conclusiones_y_comunicado_final.pdf> [Consulta: 10/01/2019]

5 [Publicación en línea] “Conclusiones de la Jornada Anual de AEBI y Comunicado de AEBI sobre la Eutanasia. Morir con dignidad Madrid 19 de Octubre de 2018 “ <http://aebioetica.org/archivos/Conclusiones_y_comunicado_final.pdf> [Consulta: 10/01/2019]

6 [Publicación en línea] “Conclusiones de la Jornada Anual de AEBI y Comunicado de AEBI sobre la Eutanasia. Morir con dignidad Madrid 19 de Octubre de 2018 “ <http://aebioetica.org/archivos/Conclusiones_y_comunicado_final.pdf> [Consulta: 10/01/2019]

o la familia que decidiera realizar una eutanasia sobre sujetos que no pueden decidir. Se habría entonces producido una inversión o deformación de la beneficencia, por la que se eliminaría a un paciente en base a criterios subjetivos de terceros, que juzgarían la capacidad del otro de ser feliz, o de que su vida merezca ser vivida al no estar a la altura de la dignidad humana por ellos concebida. Se alcanzaría así la perversión de una de las pasiones más humanas que tenemos: la compasión por el dolor ajeno. Esta actitud humana nos lleva a la ayuda y a la entrega por compartir con los demás su sufrimiento para, en la medida de lo posible, aliviarlo. Llegados a esta situación, la deformación llegaría a conciliar algo tan antitético como es la destrucción del otro con la liberación de sus males. Como consecuencia de estos efectos sociales, “el estado debe legislar para la mayoría de pacientes, que no desean la eutanasia, protegiendo a los ciudadanos en su derecho a la vida. Una situación concreta, por muy dramática que sea, no puede elevarse como norma, máxime si además conlleva consecuencias negativas para el bien común: debilitamiento de la actitud de defensa de la vida hacia los más débiles y empobrecimiento del quehacer sanitario. Una opción personal no puede universalizarse en un pretendido derecho que obligue a otros a matar”⁷.

Junto a los responsables sociales, como ya dijimos, se encuentran los profesionales sanitarios. Su perspectiva es muy importante, en cuanto que ellos no solo son los garantes de que la vida humana sea promocionada y respetada según el sentir de la sociedad. También ellos son responsables frente a su profesión y su conciencia. Legalizar la eutanasia significa involucrar a los sanitarios en su práctica, lo cual no es la simple asignación de una tarea más, sino que causa una serie de efectos en los sanitarios mismos y en su profesión. Centrándonos en los segundos la posible participación de estos profesionales en actos eutanásicos ocasionaría como consecuencia principal “un fenómeno corrosivo de su *ethos*” y de la relación sanitario paciente que implicaría una desnaturalización de

ellas: un atentado a la integridad ética de los profesionales sanitarios y a la confianza como fundamento de la relación médico-paciente. El acostumbramiento social y el activismo pro-eutanásico terminarían por convencer a los profesionales y familiares que matar por lástima o a petición del enfermo es una alternativa terapéutica tan eficaz que no se puede rechazar. A pesar de las salvaguardas que para la eutanasia existen en algunos países hay datos que indican que éstas son ineficaces ya que la eutanasia voluntaria da lugar a un incremento de la no consentida”⁸. Además, tal actitud eutanásica dentro de las profesiones sanitarias sería un freno importante en la investigación al introducir una intervención limpia, cómoda, económica que ahorraría tiempo y esfuerzos respecto a determinados pacientes. Por último, la práctica eutanásica disminuiría el umbral de respeto a la vida de los demás entre los profesionales sanitarios los cuales tendrían más fácil subestimar la vida y su calidad o ser menos proactivos ante las conductas de carácter autolítico.

Ante la segunda situación que hemos calificado de “pro elección” y que tiene un radical carácter liberal son de aplicación varios de los argumentos anteriores. En este caso, el aceptar un derecho al suicidio a nivel público tiene un efecto superior de devaluación sobre la vida humana. Al respecto, merece prestar atención al hecho sintomático de que “la falta de respeto a la propia vida y de la ajena en nuestra sociedad van unidas”⁹. Lo cual hace que “una legalización de la eutanasia destruiría las barreras legales que defiendan la vida humana siempre y en cualquier circunstancia. Institucionalizar el criterio de que si uno libremente decide eliminarse y se legaliza ese acto, determina lícito y digno el suicidio disminuyendo la consideración de la vida ajena como algo inviolable”¹⁰. De esta forma, se hace muy difícil en

7 [Publicación en línea] “Conclusiones de la Jornada Anual de AEBI y Comunicado de AEBI sobre la Eutanasia. Morir con dignidad Madrid 19 de Octubre de 2018 “ <http://aebioetica.org/archivos/Conclusiones_y_comunicado_final.pdf> [Consulta: 10/01/2019]

8 [Publicación en línea] “Conclusiones de la Jornada Anual de AEBI y Comunicado de AEBI sobre la Eutanasia. Morir con dignidad Madrid 19 de Octubre de 2018 “ <http://aebioetica.org/archivos/Conclusiones_y_comunicado_final.pdf> [Consulta: 10/01/2019].

9 [Publicación en línea] “Conclusiones de la Jornada Anual de AEBI y Comunicado de AEBI sobre la Eutanasia. Morir con dignidad Madrid 19 de Octubre de 2018 “ <http://aebioetica.org/archivos/Conclusiones_y_comunicado_final.pdf> [Consulta: 10/01/2019].

10 [Publicación en línea] “Conclusiones de la Jornada Anual de AEBI y Comunicado de AEBI sobre la Eutanasia. Morir con dignidad Madrid 19 de Octubre de 2018 “ <http://aebioetica.org/archivos/Conclusiones_y_comunicado_final.pdf> [Consulta: 10/01/2019].

una sociedad mantener barreras legales que protejan la vida humana, porque se habría producido un cambio de paradigma ético-social. No se trataría simplemente de considerar dos opciones como legítimas, validas o respetables, la del que quiere seguir viviendo y la del que decide su muerte, sino la asunción por toda la sociedad de que la autodestrucción es considerada un bien, algo humanamente digno. Es cierto que la sociedad solo debe legislar sobre los comportamientos de las personas que tengan un impacto en la comunidad, pero no es menos cierto que la eufemísticamente denominada *muerte medicamente asistida* sí que los tiene. No se trata sólo de respetar una acción que realiza alguien "*porque le da la gana*", –según lo que defienden sus partidarios–, sino que esto supondría la imposición a todos de un cambio axiológico sobre cómo debemos respetar la vida humana socialmente. Sin darnos cuenta, se produciría una alteración importante al aceptar que es de interés social una auto-disposición del propio cuerpo, hasta llegar a su propia destrucción, si uno libremente lo desea. Habríamos aceptado todo un mensaje que lleva implícito tal acción: si mi vida, que está bajo mi custodia y además, teóricamente, soy yo el más interesado en conservarla, la elimino, ¿por qué no lo harán otros, por diversos motivos de índole común? o lo que es lo mismo, si para mí la vida biológica es algo tan relativamente valioso que solo la respeto mientras me es útil, ¿cómo puedo esperar que otros la respeten, cuando mi vida biológica sea una carga para ellos?

Pero aun hay más, no sólo se trata de cambiar socialmente una valoración ética sobre la vida humana, sino que detrás de este posicionamiento autonomista se encontraría una concepción antropológica de la persona de corte dualista que se impondría a todos. En ella, la corporalidad es idealizada como una cosa distinta a uno mismo y que además tiene un carácter de útil para el sujeto. Estaría enfrentada a la persona, que es reducida a conciencia y ésta a libertad de elección, donde radicaría su dignidad. Con estos planteamientos filosóficos no solo se justificaría una ética de la calidad frente a otra de la inviolabilidad de la vida humana, que considera que la dignidad la tiene el ser personal en su unidad

cóporo-mental, sino que se daría un soporte teórico para ir reconfigurando la legislación de la sociedad sobre la vida humana.

Desde el punto de vista ético del profesional sanitario la aceptación social de que la autodestrucción fuera un bien generaría similares problemas que la posible legalización bajo determinadas circunstancias. En este caso sería más grave, en cuanto que la imposición social violaría directamente su conciencia y condicionaría drásticamente la libertad en su práctica profesional. Se ejercería sobre el profesional una fuerte presión y se consumaría la tendencia actual a que éstos se limiten sólo a satisfacer las demandas de los pacientes.

Es así como entramos al final en la perspectiva del propio enfermo sobre el acto eutanásico y la consideración ética que puede tener para él. Durante muchos años la sociedad occidental ha mantenido una concepción dual pero unitaria del hombre, en la cual se sitúan también mis argumentos y, desde la cual, desde un punto de vista ético, el suicidio no patológico se ha considerado como un acto no digno con uno mismo, una falta de respeto a la inviolabilidad del cuerpo. El suicidio sea asistido o la muerte producida por otro con el propio consentimiento, ha sido considerado por diversos autores como ilícito desde varias corrientes filosóficas, juzgándolo como un acto contrario a la dignidad del hombre, a la categoría que tiene éste como fin. Hacer apología del suicidio es una tarea hasta cierto punto fácil. Basta argumentar con un cierto aire romántico sobre la liberación que él supone a la mente, respecto a la biología que nos oprime y encorseta. Basta con exacerbar el voluntarismo a ultranza: quiero o deseo hacerlo algo, luego debo hacerlo. Argumentaciones en esa línea nos llevarían al reino de la arbitrariedad, a un posicionamiento egoísta y cerrado en sí mismo, que al final niega el carácter valioso de cada hombre respecto a los demás llevándonos a la indiferencia por el otro. Es lógico que se pueda comprender el posicionamiento eutanásico de algunos, al valorar sus circunstancias personales, pero esto no puede doblegar la intuición natural de tantos que están o no en similar situación, y que captan que elegir la muerte no es una opción entre muchas, sino el modo de suprimir todas las

opciones. Que consideran que el cuerpo del hombre no es una cosa o un objeto sino que es también el sujeto, la misma persona en su abrirse y darse a los otros. Que en consecuencia, con ello, valoran la propia vida fisiológica como una realidad inviolable, que uno no debe destruir ni utilizar como medio para la maximización de lo útil o lo placentero. Que disciernen que respetar la propia vida es indisolublemente una tarea para la persona que siempre está por hacerse a través de ella. Un derecho

indisponible que es fundamento del resto que posee la persona, un bien básico para la propia voluntad como para las ajenas. Un bien necesario no sólo para ser libre, sino para ser persona que actúa siempre respecto a la dignidad que ésta tiene. Y que, como indica la Asociación Médica Mundial reconocen que: “la eutanasia, es decir, el acto deliberado de poner fin a la vida de un paciente, aunque sea por voluntad propia o a petición de sus familiares, es contraria a la ética¹¹.”

11 [Publicación en línea] *Asociación Médica Mundial reitera firme oposición a suicidio con ayuda médica y a proyecto de ley australiano* <<https://www.wma.net/es/news-post/asociacion-medica-mundial-reitera-firme-oposicion-a-suicidio-con-ayuda-medica-y-a-proyecto-de-ley-australiano/>> [Consulta: 10/01/2019].



EL VALOR Y LA DIGNIDAD DE LA VIDA TERMINAL. PROLEGÓMENOS FILOSÓFICOS PARA UNA CRÍTICA DE LA EUTANASIA

THE VALUE AND DIGNITY OF TERMINAL LIFE. PHILOSOPHICAL PROLEGOMENA FOR A CRITIQUE OF EUTHANASIA

IGNACIO SÁNCHEZ CÁMARA

Universidad Rey Juan Carlos

Madrid, España

ignacio.sanchez@urjc.es

RESUMEN:

Palabras clave:

Valor. Dignidad. Vida humana. Eutanasia.

Recibido: 11/10/2018

Aceptado: 10/12/2018

La actitud que se adopte sobre la licitud de la eutanasia depende de la posición que se mantenga acerca del valor y la dignidad de la vida humana terminal. Los debates morales en nuestro tiempo adolecen de una anomalía derivada de la falta de posiciones básicas compartidas por los que intervienen en ellos. Sin embargo, no es imposible, aunque sí difícil, mantenerlos. Sobre la dignidad de la vida humana disputan, al menos, dos actitudes. Para una, la dignidad de la vida depende del mantenimiento de alguna cualidad decisiva, como la autonomía, la autodeterminación o la ausencia de sufrimientos intensos. Para otra, la dignidad, inherente a la persona desde su nacimiento hasta su muerte, no depende de ninguna cualidad o propiedad. Para ella, el sufrimiento no constituye una negación de la dignidad de la vida. Esta última resulta filosóficamente más correcta. En cualquier caso, no debe dejarse de lado la distinción entre la moral y el derecho.

ABSTRACT:

Keywords:

Value. Dignity. Human life. Euthanasia.

The attitude we adopt towards the lawfulness of euthanasia depends on our position on the value and dignity of the life of the terminal ill patient. Contemporary moral debates lack of a shared basic position, but it is not impossible to discuss. On human dignity there are two attitudes. For one of them, dignity depends on maintaining of one decisive quality, as autonomy, autodetermination or lack of intense suffering. For the other conception of dignity, it does not depend on any attribute of human life. Sufferance is not a refutation of dignity. This second idea of dignity is more correct in philosophical terms. Anyway, the difference between law and moral must be taken into account.

1. Introducción

El objeto de este trabajo es la consideración acerca del valor y dignidad de la vida humana terminal. Su perspectiva es, pues, filosófica. Desde luego, no trata de imponer lo que uno debe o no hacer ni juzgar, ni menos condenar a nadie. Sólo aspira a un poco de claridad y, si acaso, a proponer lo que su autor considera mejor o menos malo. Cualquier decisión ante el sufrimiento humano previo a la muerte, ya sea de quien lo sufre, de sus familiares o de los profesionales de la sanidad que lo atienden, tendrían, en cualquier caso, atenuantes morales. Quien trata de evitar un mal y obra de buena fe puede, sin duda, equivocarse, pero no merece una condena incondicional. Si se participa en un debate hay que presuponer la buena fe en los intervinientes y, si no fuera el caso, lo mejor es abstenerse. Tampoco es buen principio la descalificación o el insulto.

Aunque no trato de entrar en los debates sobre la eutanasia y sólo permanecer en los preámbulos filosóficos sobre la dignidad de la vida humana en su etapa terminal, convendrá, quizá, hacer una mínima precisión conceptual. La eutanasia consiste en poner fin, intencionadamente, por acción o por omisión de medios ordinarios de mantenimiento, a la vida del paciente. Cabe hablar de eutanasia activa o pasiva. Pero evitar el encarnizamiento terapéutico o la utilización de procedimientos extraordinarios no tiene nada que ver con la eutanasia, ni activa ni pasiva, sino con la ortotanasia¹.

2. Anomalía de los debates morales contemporáneos

Los debates morales en nuestro tiempo padecen, como afirma Alasdair MacIntyre, una profunda anomalía. Nuestras discrepancias son radicales, pero lo más grave es que, con frecuencia, ignoramos la naturaleza de nuestras discrepancias. Utilizamos los mismos términos,

pero les otorgamos sentidos diferentes y, en ocasiones, antagónicos. Según él, la crisis moral de nuestro tiempo se manifiesta en la inconmensurabilidad de las posiciones morales de quienes intervienen en los debates. Este hecho conduce a la imposibilidad de justificar las elecciones morales de cada persona frente a su interlocutor. Los debates morales contemporáneos serían, por esta razón, arbitrarios. No existen criterios comunes que permitan ordenar racionalmente las discusiones. La primacía la tiene, de hecho, el emotivismo (relativista), aunque los argumentos de (casi) todos los intervinientes apelen a la existencia de criterios objetivos. Según MacIntyre, las expresiones morales que utilizamos conservan la huella de una época anterior en la que sí existían pautas y criterios objetivos. Realiza un sugestivo análisis del proceso que ha conducido a que la cultura moderna haya llegado a ser emotivista, una cultura moderna cuyos personajes más expresivos son el esteta, el gerente y el terapeuta. El emotivismo es la consecuencia del fracaso del ideal ilustrado a la hora de justificar racionalmente la moral. El liberalismo contemporáneo no sería sino una manifestación, un síntoma más, de la moderna enfermedad emotivista.

La explicación se encuentra en el olvido y declive del aristotelismo, en la muerte de la teleología. Los preceptos de la moralidad sólo tienen sentido cuando se admite la idea de una naturaleza humana no educada y la idea de un *telos* o fin inherente a ella, que ésta deba alcanzar o cumplir. Pero al eliminar la modernidad la idea de un fin propio del hombre, todo el edificio moral clásico de raíz aristotélica se viene abajo.

“Los filósofos morales del siglo XVIII se enzarzaron en lo que era un proyecto destinado inevitablemente al fracaso. Por ello intentaron encontrar una base racional para sus creencias morales en un modo peculiar de entender la naturaleza humana, dado que, de una parte, eran herederos de un conjunto de mandatos morales, y, de otra, heredaban un concepto de naturaleza humana, lo uno y lo otro expresamente diseñados para que discrepasen entre sí. Sus creencias revisadas

1 Serrano Ruiz-Calderón, J. M., *La eutanasia*, Ediciones Internacionales Universitarias, Madrid, 2007, capítulo II. Ollero, A., *Bioderecho. Entre la vida y la muerte*. Thomson Aranzadi, Cizur Menor (Navarra), 2006, p. 141 s. Ballesteros, J., “Ortotanasia. El carácter inalienable del derecho a la vida”, en F. J. ANSUÁTEGUI (coord.), *Problemas de la eutanasia*, Dykinson, Madrid, 1999, p. 49. Marcos del Cano, A. M. *La eutanasia. Estudio filosófico-jurídico*. Marcial Pons, Madrid, 1999, p.46 s.

acerca de la naturaleza humana no alteraron esta discrepancia. Heredaron fragmentos incoherentes de lo que una vez fue un esquema coherente de pensamiento y acción y, como no se daban cuenta de su peculiar situación histórica y cultural, no pudieron reconocer el carácter imposible y quijotesco de la tarea a la que se obligaban”².

El análisis es inteligente y sugestivo, aunque acaso no haya que renunciar a seguir entablando debates, ya que aunque en ocasiones se diría que los intervinientes viven en mundos extraños e incommunicados, al fin no dejan de pertenecer a una misma tradición filosófica, aunque sus caminos se hayan separado hasta llegar a tener dificultad para encontrarse y entenderse. Las discrepancias radicales no son lo mismo que un diálogo de sordos. Tal vez podamos comprobarlo a propósito de la eutanasia. Quizá quepa la posibilidad de encontrar argumentos comprensibles, e incluso, atendibles para las dos partes.

3. Los Derechos Humanos: fundamento y contenido

Es cierto que el contenido de los derechos humanos depende de la posición que se adopte sobre su fundamento (o, en su caso, sobre su falta de fundamento). No pueden coincidir en cuanto al contenido del derecho a la vida quienes, por ejemplo, entienden la vida como un don de Dios, indisponible para el hombre, que quienes la consideran como una propiedad de ciertos seres llamados vivos, debida al azar y, por ello, disponible para el hombre. Ello da lugar a posiciones divergentes en asuntos como el aborto o la eutanasia. Como ha expuesto José María Rodríguez Paniagua, el consenso acerca de los derechos humanos se sustenta bajo dos condiciones: la omisión de la cuestión de su fundamento y la eliminación del problema de la determinación del contenido.

Por mucho que se intente ocultar, la teoría de los derechos, que dista de ser el fruto de la modernidad sino que tiene raíces medievales, obtiene su fundamen-

to genuino de una determinada concepción metafísica que sustenta una idea teleológica de la naturaleza humana. Los intentos de fundamentarlos en concepciones sociológicas, historicistas y positivistas fracasan. Una cosa es la explicación histórica del surgimiento de un valor o idea, y otra la cuestión del fundamento. No se debe confundir el problema de la genealogía con el del fundamento. Por otra parte, si sólo se trata de convicciones jurídicas o morales compartidas, basta con que algunos no las compartan para que se vengán abajo. Además, esta concepción omite que la verdadera cuestión moral no consiste en que algo, una acción, un principio, un valor, sean compartidos de hecho, sino en que deban ser compartidos. La cuestión del deber es la cuestión moral por excelencia. La claridad y coherencia de la concepción clásica de los derechos humanos, que los fundamenta en una concepción -religiosa o metafísica- teleológica de la naturaleza humana contrasta con la oscuridad y confusión actuales.

Como ha escrito Rodríguez Paniagua, “sólo Dios, en la concepción religiosa, sólo la moralidad, en la concepción subrogada o paralela, pueden contar como puntos de referencia definitiva para determinar lo que corresponde al hombre en cuanto hombre, al margen y por encima del Estado o de cualquier otra instancia”³. Los verdaderos fundamentos de la dignidad de la persona y de sus derechos son Dios o la metafísica. El resto, como la mayoría social, la lucha contra el dolor, la autodeterminación o la autoconsciencia, inevitablemente fracasan.

4. El valor y la dignidad de la vida humana terminal

El valor y la dignidad de la vida humana terminal dependerán de la idea que se tenga acerca del sentido de la vida en general, de su valor y dignidad y, con ellas, la idea de la moralidad⁴. No me referiré, al menos en principio, a la concepción religiosa en general o cristiana en

² Macintyre, A., *After Virtue*, University of Notre Dame Press, Notre Dame, Indiana, 1981. Traducción española de Valcárcel A., *Tras la virtud*, Crítica, Barcelona, 1987, 79.

³ Rodríguez Paniagua, J. M., “Los derechos humanos del individualismo a la ética de la responsabilidad”, *Anuario de Filosofía del Derecho*, Nueva Época, Tomo XV, (1998), Ministerio de Justicia-B.O.E., Madrid, 111-122.

⁴ Bueno, G., *El sentido de la vida. Seis lecturas de filosofía moral*, Penalfa, Oviedo, 1996, 200 s.

particular. Kant y el utilitarismo gozan de elevado prestigio entre algunos de los más admirados filósofos contemporáneos, como Rawls y Habermas y, por lo tanto, entre la mayoría de quienes intervienen en los debates morales y jurídicos actuales. Pero Kant y los utilitaristas pueden llegar a conclusiones opuestas acerca de la licitud moral de la eutanasia. Jeremy Bentham afirmó que el criterio de la moralidad, de lo que está bien o mal en el orden moral, reside en el principio de utilidad, y ésta debe ser entendida como la tendencia “a producir un beneficio, ventaja, placer, bien o felicidad”, o a prevenir un daño, dolor, mal o desgracia”⁵. De esta manera asume, siguiendo la tradición hedonista del epicureísmo, la identificación entre el bien moral y el placer, y entre el mal moral y el dolor. A quien acepte esta premisa, no le será difícil argumentar en favor de la eutanasia. Suprimir el dolor, eliminando la vida sufriente y terminal, podría calificarse como un bien moral. En definitiva, dos son los argumentos principales que se esgrimen: la autonomía y la piedad⁶.

Kant, por el contrario, no asume una ética consecuencialista, como la del utilitarismo, sino que entiende que el criterio de la moralidad se encuentra no en la acción ni en sus consecuencias ni en la intención o fin que se espera conseguir, no se encuentra en nada empírico, porque nada empírico puede proporcionar un imperativo categórico, es decir, absoluto e incondicionado, que pueda fundamentar el deber moral, sino en la actitud o disposición de ánimo de quien obra. Y piensa que quitarse la vida nunca puede ser conforme al deber y que quien, pese a no tener ya apego a la vida o incluso desea quitársela, si no lo hace y sólo por deber, entonces su máxima (el principio subjetivo del obrar) sí tiene un contenido moral⁷. Más adelante, exa-

mina Kant algunos ejemplos de deberes. Uno de ellos se refiere a la licitud del suicidio en el caso de padecer desgracias lindantes con la desesperación y niega toda posibilidad de que una máxima tal pueda ser conforme al deber, ya que “sería contradictoria y no podría subsistir como naturaleza”⁸. La idea del suicidio tampoco puede compadecerse con la idea de la “humanidad como fin en sí”.

“Si, para escapar a una situación dolorosa, se destruye él a sí mismo, hace uso de una persona como *mero medio* para conservar una situación tolerable hasta el fin de la vida. Mas el hombre no es una cosa; no es, pues, algo que pueda usarse como *simple medio*; debe ser considerado, en todas las acciones, como fin en sí. No puedo, pues, disponer del hombre, en mi persona, para mutilarle, estropearle, matarle”⁹.

Sobre la inmoralidad del suicidio basada en la indisponibilidad de la vida humana argumenta santo Tomás de Aquino así:

“Pues en las cosas que no son del dominio de la voluntad, como las naturales y los bienes espirituales, es mayor pecado inferirse a sí mismo un daño: pues se peca más gravemente el que se mata a sí mismo que el que mata a otro”¹⁰.

y aun deseando la muerte, conserva su vida, sin amarla, sólo por deber y no por inclinación o miedo, entonces su máxima sí tiene un contenido moral” (Kant, I., *Grundlegung zur Metaphysik der Sitten*, edición de K. Vorländer, F. Meiner, Leipzig, 1906. Traducción española de García Morente, M., *Fundamentación de la metafísica de las costumbres*, Espasa Calpe, Madrid, 1977, 34).

⁸ Kant, I., *op. cit.*, 73.

⁹ *Ibid.*, 85. Sobre la distinción entre valor y dignidad, afirma Robert Spaemann: “Cuando Kant dice que el hombre no tiene valor, sino dignidad, la palabra dignidad significa lo inconmensurable, lo sublime, lo que hay que respetar incondicionalmente. Esta condición absoluta, no relativa, se puede interpretar de dos modos; o bien desde la perspectiva de la inclinación instintiva, como algo que, careciendo en sí mismo de valor, adquiere significado exclusivamente por su relación con otra cosa igualmente insignificante, con lo que la conexión significativa en su conjunto queda privada de significación (ésta es la posición del nihilismo); o bien como descubrimiento del carácter radicalmente absoluto del sujeto finito, que le permite aparecer con un resplandor que no es el suyo”, Spaemann, R., *Felicidad y benevolencia*, Rialp, Madrid, 1991, 150.

¹⁰ Santo Tomás de Aquino, *Suma de Teología*, I-II, q. 73, art. 9, respuesta a la objeción 2. Traducción de Antonio Sanchis Quevedo,

⁵ Bentham, J., *An Introduction to the Principles of Morals and Legislation*, edición de J. H. Burns y H. L. A. Hart, The Atholon Press, Londres, 1970, 11 s.

⁶ Serrano Ruiz-Calderón, J. M., *op. cit.*, 150 s.

⁷ “En cambio, conservar cada cual su vida es un deber, y además todos tenemos una inmediata inclinación a hacerlo así. Mas, por eso mismo, el cuidado angustioso que la mayor parte de los hombres pone en ello no tiene un valor interior, y la máxima que rige ese cuidado carece de un contenido moral. Conservan su vida *conformemente al deber*, sí; pero no *por deber*. En cambio, cuando las adversidades y una pena sin consuelo han arrebatado a un hombre todo el gusto por la vida, si este infeliz, con ánimo entero y sintiendo más indignación que apocamiento o desaliento,

Peter Bieri entiende la dignidad humana bajo distintos aspectos, como encuentro, respeto, veracidad, autoestima, integridad moral, sentido de lo importante, reconocimiento de la finitud, para él, pero, sobre todo, como autonomía¹¹. En realidad, el verdadero fundamento de la dignidad del hombre se encuentra en su autonomía. Siguiendo a Epicuro, afirma que “si la muerte es el final de todas las vivencias, no debemos temerla, pues solo se puede temer lo que se puede vivir”¹². En el mismo sentido, escribió Wittgenstein: “Al igual que en la muerte el mundo no cambia sino que cesa. La muerte no es un acontecimiento de la vida. No se vive la muerte”¹³.

En su último capítulo, se ocupa Bieri de la dignidad ante la muerte y ofrece un posible diálogo entre las dos posiciones, favorable y opuesta a la eutanasia. Aunque su posición se acerca, probablemente, más a la primera, no queda del todo claro ya que crea cuatro personajes: un enfermo terminal, su mujer y dos médicos. En realidad, lo fundamental de la argumentación a favor consiste en la defensa de la autonomía y la autodeterminación y, en definitiva, a la idea de que la pérdida de las capacidades y el sufrimiento socavan la dignidad. El breve debate entre los cuatro interlocutores es claro e instructivo. En cualquier caso, el autor apunta una posible paradoja:

“He comenzado el libro con el pensamiento: la dignidad de un ser humano es su autonomía como sujeto, su capacidad de decidir él mismo sobre su propia vida. Respetar su dignidad es respetar esta capacidad. El morir es el acontecer en cuyo trascurso se pierde la autonomía de un ser humano. ¿En qué sentido podemos, a pesar de ello, decidir nosotros mismos sobre este acontecer? ¿No es contradictorio hablar de una

pérdida autónoma de la autonomía, de querer decidir nosotros mismos sobre la pérdida de la autodeterminación?”¹⁴.

No puedo compartir su premisa de que el fundamento de la dignidad se encuentre en la autonomía y autodeterminación sin más. Por un lado, esa pretensión entrañaría la negación de la dignidad de todas las personas que carecen de autonomía, y no sólo de los enfermos terminales. Por otra, cabría invocar aquí la distinción kantiana entre libertad y arbitrio. La dignidad del hombre reside, para Kant, en su libertad, pero la libertad no es la pura indeterminación de la voluntad o el arbitrio sino la posibilidad de obrar conforme al deber, conforme a la ley moral. Desde luego, pienso que aunque alguien no pudiera ya hacer uso de su libertad, no perdería por ello su dignidad. ¿Dónde reside ésta, pues?

En el diálogo entre las cuatro personas antes mencionadas se reflejan las posiciones enfrentadas, fundamentalmente dos. Para una, la dignidad reside en la autodeterminación y la autonomía y obliga a respetar la voluntad del enfermo terminal por dos motivos: porque una vida sin autodeterminación es indigna y porque hay que respetar, ante todo, la voluntad del paciente. Con estas palabras lo expresa Sarah, la mujer del paciente:

“El bien supremo, inviolable, es la dignidad de un ser humano. El núcleo de esta dignidad no es la protección de la vida sino la autodeterminación. Usted pretende escatimar a mi marido el proceso de la muerte natural, que él deseaba para la situación actual”¹⁵.

Para otra, la dignidad no depende del estado de la persona y al médico o enfermero no le está permitido acabar con la vida del paciente. En suma, aparecen dos concepciones divergentes de la dignidad. El médico que se opone a quitarle la vida afirma que “nuestra tarea es proteger la vida y no ponerle fin” y que “para mí, que

B.A.C., Madrid, 1993, Tomo II, 582.

11 Bieri, P., *Eine Art zu Leben. Über die Vielfalt menschlicher Würde*, Carl Hanser Verlag, München, 2013. Traducción española de F. Pereña Blasi, *La dignidad humana. Una manera de vivir*, Herder, Barcelona, 2017.

12 Peter Bieri, *op. cit.*, 332.

13 Wittgenstein, L., *Tractatus logico-philosophicus*, edición de C. K. Ogden, Routledge&Kegan Paul Ltd, Londres y Nueva York, 2000. Traducción española de J. Muñoz e I. Reguera, Alianza, Madrid, 1987, 6.431 y 6.4311, 179.

14 Bieri, P., *op. cit.*, 350 s.

15 *Ibid.*, 359.

he hecho el juramento hipocrático, el bien supremo es la protección de la vida”¹⁶.

La vida humana terrena empieza en la concepción y termina con la muerte. Por lo tanto, la dignidad de la persona comienza en la concepción y concluye con la muerte, con independencia de la continuidad de la vida personal y su dignidad más allá de la muerte. Y no hay vidas más o menos dignas de ser vividas. No hay ninguna vida indigna ni carente de sentido.

Es curioso cómo la aceptación social del aborto, uno de los dos peores errores morales del siglo XX, según Julián Marías, ha sido muy superior a la de la eutanasia, acaso por la mayor visibilidad de la persona a la que se suprime la vida, y a pesar de que en el caso del aborto no existe el consentimiento de la víctima. Todo lo que precisa del eufemismo, declara por ello su indignancia moral. Así, se prefiere hablar de “muerte digna” o de “interrupción voluntaria del embarazo”. La eutanasia goza de algunos argumentos aparentes y prejuicios a su favor. Se cobija bajo la protección de la libertad y la autonomía. Si un hombre no desea continuar viviendo, habría que respetar su voluntad. Seríamos absolutamente libres para hacer todo aquello que no entrañe ningún daño a otro. Además, no se impone nada a nadie. Todos permanecemos libres. Quien la quiera, la tendrá a su disposición, y quien no, a nada estará obligado. Perfecta libertad. Y acaso el más extendido argumento sea la piedad, el cese del sufrimiento, el supremo mal, al parecer en nuestro tiempo¹⁷.

Pero la realidad no favorece a sus defensores. La aceptación de la eutanasia niega la condición personal del hombre, y entiende que la vida no vale en sí misma, sino que se acepta a beneficio de inventario. Cuando el balance es negativo, se repudia. El dolor es un mal, pero no todo en el dolor es un mal. Ni tampoco es el único ni el peor mal. Cuando todos los valores superiores se niegan, sólo quedan el placer y la supresión del dolor. Muchos contemporáneos pretenden que la vida sea una perma-

nente noche de juerga o un eterno jardín de infancia.

No hay ninguna vida humana indigna, ni la del joven sano y fuerte, ni la que se extingue por la edad y la enfermedad. Si no de otras fuentes, al menos deberíamos aprender de los horrores del nazismo. Eutanasia y eugenesia suelen ir de la mano. Frente a la eutanasia, se levanta el precepto “no matarás”, nunca, ni siquiera por compasión. La idea de un médico o enfermero homicidas constituye, en sí misma, un sinsentido. El fin de las profesiones sanitarias es la curación y la supresión, hasta donde es posible, del dolor. Y esto último es, cada vez, más real. Lo que necesita la vida que se acaba es amor, compañía y cuidados paliativos, no la inyección letal.

Estamos ante otro episodio de la equivocada relación entre medios y fines. La legalización de la eutanasia pretende que el fin de suprimir el dolor justifica el medio de acabar con la vida. Pero sabemos que esto no es así. Gregorio Marañón afirmó que ser liberal consiste en negar que el fin justifique los medios, sino que, por el contrario, son los medios los que justifican el fin¹⁸. Y aquí, el medio es matar. Algo parecido podría decirse sobre la pena de muerte o la tortura. No es posible que el bien surja del mal.

En la valoración de la vida, no caben medias tintas. Nietzsche dijo: “¿Era esto la vida? Bien, que venga otra vez”. Sí a la vida, a toda vida, también a la vida terminal.

5. La dignidad de la persona

La dignidad pertenece a la persona, no a las especiales condiciones de su vida. Es legítimo buscar uno o varios elementos que definen la especificidad del hombre, ya sea la racionalidad, el lenguaje, la libertad, la autoconsciencia, el saberse mortal, la sociabilidad o la risa.

Decimos que el hombre es una realidad personal, que es persona. ¿Qué significa ser persona? ¿En qué consiste la personalidad? La idea de persona entraña la de la posesión de una especial dignidad. El hombre sería el único ser del mundo consistente en realidad personal. El resto de los animales y de los demás seres no son personas. Se trata de una realidad difícil de definir. Entre

¹⁶ *Ibid*, 358 s. Sobre dignidad y vida, Kass, L., *Life, Liberty and the Defense of Dignity*, Encounter Books, San Francisco, 2002; y Recuero, J.R., *En defensa de la vida humana*, Biblioteca Nueva, Madrid, 2011.

¹⁷ Gilles Lipovetsky subtítulo así su libro *El crepúsculo del deber: La ética indolosa de los nuevos tiempos democráticos*, Anagrama, Barcelona, 1994.

¹⁸ Marañón, G., *Ensayos liberales, Obras Completas*, IX, Espasa-Calpe, Madrid, 1973, 197-269.

sus características fundamentales podemos mencionar la *individualidad*, la *unidad*, la *intimidad*, la *apertura a la realidad social*, la *dimensión cultural e histórica*, el *conocimiento de sí misma*, la *vocación*, el *perfeccionamiento* y la *búsqueda y realización del ideal*, la exigencia de *autenticidad*, la *apertura a la trascendencia*, la *autonomía*, la *libertad* y la *responsabilidad*.

La personalidad está vinculada a la inmortalidad, al destino eterno del hombre. La persona aspira a la vida perdurable y es ininteligible sin ella. A esta cuestión dedica Julián Marías los últimos capítulos de su libro *La felicidad humana*¹⁹.

Sobre la persona son fundamentales las investigaciones de la fenomenología, y especialmente de Max Scheler, en obras como *El puesto del hombre en el cosmos* o *De lo eterno en el hombre*. El filósofo alemán considera al hombre como *ens amans*. Este aspecto de su obra lo ha analizado, con profundidad y acierto, Marta Albert²⁰.

Una persona puede haber perdido la mayoría de estos rasgos, pero nunca perderá su condición personal. Otra cosa conduciría a posiciones nihilistas y antihumanistas²¹.

Tampoco el sufrimiento extremo y la desesperanza hacen perder al hombre su condición personal. Por el contrario, la capacidad de soportar el dolor y hacerle frente aumenta la dignidad de una vida. Lo que la hace menguar es, por el contrario, la cobardía.

La dignidad procede de la condición personal y, por ello, es igual para todas las personas. Todas poseen la misma dignidad. Lo que establece rangos y jerarquías es la forma en que cada uno vive. Hay formas más o menos valiosas de vida, pero no personas más o menos dignas que otras. Es preciso distinguir entre la dignidad de la vida y la dignidad de la persona²².

La persona es digna porque es un fin en sí y nunca un medio. En este sentido, la eutanasia podría entrañar una despersonalización y deshumanización.

Existen dos concepciones sobre la dignidad. Para una, es algo condicionado por alguna circunstancia, como la salud o la autonomía. Para la otra, es absoluta e incondicionada y no puede perderse nunca.

6. El sentido del dolor

¿Puede el sufrimiento anular la dignidad de la vida?
¿Es indigna una vida extremadamente sufriente?

El dolor es una de las más profundas y misteriosas experiencias humanas. Ante el dolor, físico o espiritual, levantamos la vista hacia Dios. Y solo esto ya otorga un gran valor al sufrimiento humano. Sin embargo, es frecuente referirse al silencio de Dios ante el dolor de los inocentes, ante los campos de exterminio, ante la muerte de los niños, ante la enfermedad, la tortura y el hambre. ¿Por qué calló? ¿Por qué permitió? ¿Por qué calla? ¿Por qué permite? ¿Puede ser ese un Dios omnipotente y, a la vez, absolutamente bueno? Dolor humano y silencio de Dios.

Tal vez la primera observación que quepa hacer consista en negar que todo sea malo en el sufrimiento. Miguel de Unamuno decía que en el dolor nos hacemos y en el placer nos gastamos. Y Beethoven, creo que en la partitura de la Novena, escribió: A la alegría por el dolor. Al final de la *Barcarola de los cuentos de Hoffmann*, de Offenbach, se canta: "El amor nos hace grandes, y el llanto aún más". La verdad nos hace libres, y el dolor grandes. Nadie ha sido más grande que Jesús

19 Marías, J., *La felicidad humana*, Alianza Editorial, Madrid, 1987.

20 Albert, M., "Ordo amoris. Una gramática de los sentimientos", en Díaz del Rey, M., Esteve, A. et altri, *Reflexiones filosóficas sobre compasión y misericordia*, Cuadernos Scio, Valencia, 2016, 83-102, especialmente 86 ss.

21 En este sentido, es incorrecto atribuir dignidad a los animales y, con ella, derechos, como hace, entre otros, Peter Singer.

22 En su intervención ante la Comisión del Senado el 26 de octubre de 1999, Eudaldo Forment afirma: "En este argumento que hemos leído y oído todos muchas veces hay una grave confusión entre la dignidad de la vida y la dignidad de la persona. La dignidad del hombre no está en su modo de vivir, sino en su ser personal. La persona tiene siempre la misma dignidad desde su inicio hasta

su fin, esté en las condiciones que esté, de salud, de enfermedad, de riqueza, de raza, de pensamiento. La dignidad personal no se fundamenta nunca en aspectos, biológicos, éticos o de otro tipo. Podría dar una profunda explicación metafísica, siguiendo la definición clásica de un pensador romano, Boecio, que después asumió San Agustín y Santo Tomás (...) pero simplemente les voy a decir que desde una metafísica del ser, desde una metafísica de lo más profundo de la realidad, del último sentido de las cosas, la persona, a diferencia de todo lo demás, expresa directamente este núcleo esencial, este acto que explica racionalmente la realidad, por cierto misterioso, y que este ser propio de cada persona es lo que le da su carácter permanente. Siempre se es una persona actual, nunca se es persona en potencia, siempre en acto, además siempre se es persona en el mismo grado" (citado por Serrano Ruiz-Calderón, J. M., *La eutanasia*, Ediciones Internacionales Universitarias, Madrid, 2007, 220 s.).

abandonado en Getsemaní y luego clavado en lo alto del Gólgota.

El dolor ajeno nos mueve a la compasión, nos conmueve. El propio nos modela. El dolor es la forja del alma. No se puede esculpir sin dar golpes con el cincel. Cabría decir, parafraseando a Nietzsche, que un hombre vale en la medida de la cantidad de dolor que es capaz de soportar. Nada de esto significa que debamos buscar el dolor. No. Debemos evitarlo. Es un mal, pero repleto de cosas buenas. El dolor es un mal, pero sus consecuencias son casi siempre beneficiosas.

En este sentido, debe leerse el excelente ensayo *El problema del dolor* de C. S. Lewis, si estoy en lo cierto, uno de los más grandes escritores del siglo XX. Su tesis central es que Dios nos grita en el dolor. Dios no calla mientras sufrimos. Habla, incluso grita, precisamente a través de nuestro dolor. Lo que nos duele es la voz aguda de Dios que nos llama. Y nosotros, ignorantes, soberbios y sordos, aún hablamos de silencio de Dios... El dolor es el grito de Dios. Y habría que decirle a Él: Gracias, Dios mío, por el dolor que me envías, pues con él me has salvado. Él nos salvó con su dolor y nos continúa salvando con el nuestro.

El bien del hombre consiste en entregarse a Dios. Pero esto resulta extraordinariamente difícil. Sólo el bien puede proporcionar la felicidad. Por eso la desgracia es tan frecuente. Los felices son siempre pocos, pues pocos son los capaces de entregarse totalmente a Dios. Escribe Lewis: "No somos meras criaturas imperfectas que deban ser enmendadas. Somos, como ha señalado Newman, rebeldes que deben deponer las armas. La primera respuesta a la pregunta de por qué nuestra curación debe ir acompañada necesariamente de dolor es, pues, que someter la voluntad reclamada durante tanto tiempo como propia entraña, no importa dónde ni cómo se haga, un dolor desgarrador".

El primer principio de la educación consiste en "quebrar la voluntad del niño". Esto se puede hacer bien o mal, con suave firmeza o con sórdida crueldad. Pero debe hacerse, pues sin ello no hay educación. El hombre no se ve obligado a quebrar su voluntad para entregarla a Dios mientras las cosas le van bien. El error moral

viaja enmascarado y muchas veces no lo advertimos. El dolor, por el contrario, es transparente, nos asalta sin careta, nunca engaña. Nada apresa nuestra atención y absorbe nuestra conciencia como el dolor; ni siquiera el amor.

Escribe Lewis: "El dolor no es sólo un mal inmediatamente reconocible, sino una ignominia imposible de ignorar. Podemos descansar satisfechos en nuestros pecados y estupideces; cualquiera que haya observado a un glotón engullendo los manjares más exquisitos como si no apreciara realmente lo que come, deberá admitir la capacidad humana de ignorar incluso el placer. Pero el dolor, en cambio, reclama insistentemente nuestra atención. Dios susurra y habla a la conciencia a través del placer, pero le grita mediante el dolor: es su megáfono para despertar a un mundo sordo. El hombre malo y feliz no tiene la menor sospecha de que sus acciones no "responden", de que no están en armonía con las leyes del universo".

El dolor puede ser también el despertador de la fe. Dice un personaje del *Cuento de invierno* de Shakespeare: "Es necesario que despiertes tu fe. Entonces todo queda en calma". En el fondo, la posibilidad de perfeccionarse a través de las tribulaciones forma parte de la vieja doctrina cristiana.

Es cierto, como reconoce Lewis, que el dolor como megáfono de Dios puede ser algo terrible y conducir a la rebelión definitiva y a la desesperación, pero también puede ser la única oportunidad del malvado para enmendarse y, por lo tanto, salvarse. San Agustín nos enseñó que el alma sólo puede ser feliz cuando descansa en Dios, porque Él nos ha hecho para sí. En eso consiste ser criatura. Dice también san Agustín que Dios nos quiere dar cosas pero no podemos tomarlas porque tenemos las manos llenas de otras cosas. En este sentido el dolor es el manotazo que nos arrebatara lo que más queremos, pero para que podamos recibir lo único que puede hacernos felices: la entrega total a Dios. Y esta entrega total no es posible sin el dolor. Así, tenía razón Beethoven: A la alegría, por el dolor. Y si alguien piensa que todo esto es una apología del dolor y del masoquismo, sólo le pediría que pensara un poco más.

Por otra parte, imaginémonos un mundo sin dolor. Un mundo así se vería privado de la mayor parte de las cosas buenas. Para empezar sería un mundo sin compasión y sin heroísmo, probablemente un mundo sin mérito moral. Pensemos en acciones realmente ejemplares. ¿Cuántas de ellas se habrían realizado en un mundo sin dolor? Como afirma Lewis, “el dolor proporciona una oportunidad para el heroísmo que es aprovechada con asombrosa frecuencia”.

El dolor no testimonia en contra de la bondad divina. A veces podemos tener la impresión de que a Dios se le ha ido la mano y de que tal vez hubiera bastado con una terapia más suave, pero para que tengamos las manos vacías debe quitarnos todo o, al menos, lo que más amamos. Una vez cumplida su función terapéutica, Dios nos puede devolver algo o mucho de lo que teníamos, incluso todo. Pero entonces ya lo poseeremos de otra manera, a la manera de la criatura, a la manera feliz. La ilusión de la autosuficiencia humana sólo puede quebrarse mediante el sufrimiento. El dolor es el último recurso de Dios para hacernos verdaderamente felices, es decir, buenos y sabios, y salvarnos. El dolor es el grito de Dios²³.

En absoluto, es correcto identificar el dolor con el sufrimiento físico. “Hay dolor verdadero cuando lo que el hombre experimenta es la presencia auténtica del mal, y los restantes dolores y sufrimientos y molestias son sólo signos, ecos o preámbulos del dolor”²⁴. El dolor es el sentimiento de la presencia del mal.

Al final, se trata de elegir lo mejor, no tanto de juzgar y condenar. La moral consistiría así en la búsqueda del ideal, de lo mejor. Según Brentano, la respuesta a cuál es el fin justo consiste en elegir “lo mejor entre lo accesible”. Pero se trata de una respuesta oscura, pues hay que preguntar ¿qué significa eso de “lo mejor”?²⁵. Entre nosotros, Julián Marías ha insistido en la relevancia moral del concepto de “lo mejor”²⁶.

23 Estos últimos párrafos sobre el dolor reproducen un artículo, titulado “El grito de Dios”, que publiqué en el diario ABC de Madrid en junio de 2014.

24 García-Baró, M., *Del dolor, la verdad y el bien*, Sígueme, Salamanca, 2006, 41.

25 Brentano, F., *El origen del conocimiento moral*, traducción española de García Morente, M., Tecnos, Madrid, 2002, 20.

26 Marías, J., *Tratado de lo mejor*, Alianza, Madrid, 1995.

7. Breve referencia al debate jurídico sobre la eutanasia

No entraré en el debate jurídico, pero sí haré una brevísima referencia a él. Una evaluación moral negativa de la eutanasia, derivada de la aceptación de la tesis de la dignidad incondicionada de toda vida humana con independencia de sus condiciones concretas, no entrañaría necesariamente la exigencia de su tipificación como delito. El ámbito de la moral no coincide con el jurídico. No todo lo inmoral ha de ser prohibido por el derecho.

El derecho ha de tener en cuenta la moral dominante, la llamada moral social. Cuando la opinión pública está dividida, el derecho ha de buscar, si es posible un término medio. El caso del aborto ha sido, en este sentido paradigmático. Para unos, es un crimen; para otros, un derecho. Las leyes deberían buscar, quizá, una vía media. Tal vez, suceda algo parecido con la eutanasia. Pero no hay que olvidar que cuando se trata de bienes jurídicos fundamentales, como la protección de la vida humana, la solución correcta parece clara.

Las posiciones divergentes sobre la eutanasia derivan de actitudes antagónicas sobre el hombre y la vida. No pueden coincidir quienes, por ejemplo, conciben la vida como un don de Dios, indisponible, por tanto, para el hombre, que quienes la consideran una mera propiedad inherente a ciertos seres. Si hay un derecho a la vida, no puede haber un deber de matar. Entre una concepción religiosa o metafísica y otra materialista o hedonista, es muy difícil encontrar un acuerdo. ¿Existe una vía media conciliadora? No parece que lo sea dejar la solución en manos de médicos, familiares y pacientes. En cualquier caso, los médicos no son meros servidores de la arbitrariedad del cliente o de un familiar en quien, eventualmente, haya podido delegar. Los médicos tienen obligaciones derivadas de la moral general y de la deontología profesional, incompatibles con la idea mercantil de que el cliente, es decir, el paciente, siempre tiene razón.

Otra cosa es que el Derecho deba tener en cuenta la moral social y atenerse a las convicciones dominantes. Pero la solución no es fácil cuando la opinión pública se

encuentra radicalmente escindida. La clave se encuentra, como siempre, en la educación, y en la ejemplaridad de quienes poseen la autoridad espiritual, si es que hoy queda algún residuo de tal cosa. Pero nada tiene que ver la oposición a la eutanasia con la defensa del llamado encarnizamiento terapéutico, ni con la adopción de medidas excepcionales para mantener a toda costa la vida que se apaga.

El declive actual de la protección jurídica de la vida tiene mucho que ver con la propagación de una actitud antihumanista y, por tanto, antipersonalista. Lo que está en crisis no es ya la dignidad de la persona, sino la condición personal del hombre. Caminamos, tal vez y como mínimo, hacia una eutanasia sibilina y vergonzante. Y puede que este diagnóstico sea optimista. La crisis intelectual y moral, en suma, espiritual, de nuestro tiempo parece evidente. Pero no sólo de éste. Un personaje de Pérez Galdós, en *La corte de Carlos IV*, afirma: "la elevación de los tontos, ruines y ordinarios no es, como algunos creen, desdicha peculiar de los modernos tiempos". Cuando luchan la verdad y la mentira, el bien y el mal, la belleza y la fealdad, lo justo no se encuentra en el término medio. No deberíamos olvidar nunca, y menos en estos tiempos extraviados, pero no desesperanzados, la vieja enseñanza de Antístenes: las ciudades sucumben cuando dejan de distinguir entre el bien y el mal.

8. Conclusión

La eutanasia entraña la asunción del principio de que hay vidas que no merecen ser vividas, que son, por ello, indignas. La eutanasia voluntaria conduce lógicamente a la eutanasia forzosa. ¿Es compatible la eutanasia, aun la voluntaria, con la dignidad de la vida terminal?

Si el hombre es cosa sagrada para el hombre, el hombre no puede matar al hombre ni cooperar a su suicidio, aunque se trate de un enfermo terminal.

De las dos concepciones acerca de la dignidad de la vida humana, una que la hace depender de ciertas condiciones o propiedades como la autonomía, la autodeterminación o la ausencia de intensos sufrimientos y otra que la estima absoluta e incondicionada, desde el nacimiento hasta la muerte, hay que preferir esta

última. Ni el dolor ni la ausencia de ninguna otra cualidad inherente a la persona anulan su dignidad. Las vidas humanas y las personas pueden ser más o menos valiosas, pero todas poseen la misma dignidad. Estas consideraciones constituyen los prolegómenos filosóficos a toda teoría, moral y jurídica, sobre la eutanasia. La dignidad de la persona es incompatible con la licitud de la eutanasia.

Referencias

- Albert, M., *"Ordo amoris. Una gramática de los sentimientos"*, en Díaz del Rey M., Esteve, A. et al., *Reflexiones filosóficas sobre compasión y misericordia*, Cuadernos Scio, Valencia, 2016.
- Ballesteros, J., *"Ortotanasia. El carácter inalienable del derecho a la vida"*, en Ansuátegui F. J. (coord.), *Problemas de la eutanasia*, Dykinson, Madrid, 1999.
- Bentham, J., *An Introduction of Morals and Legislation*, The Atholn Press, Londres, 1970.
- Bieri, P., *Eine Artz zu Leben. Über die Vielfalt menschlicher Würde*, Carl Hanser Verlag, München, 2013.
- Brentano, F., *El origen del conocimiento moral*, Tecnos, Madrid, 2002.
- Bueno, G., *El sentido de la vida. Seis lecturas de filosofía moral*, Penalfa, Oviedo, 1996.
- García-Baró, M., *Del dolor, la verdad y el bien*, Sígueme, Salamanca, 2006.
- Kant, I., *Grundlegung zur Metaphysik der Sitten*, F. Meiner, Leipzig, 1906.
- Kass, L., *Life, Liberty and the Defense of Dignity*, Encounter Books, San Francisco, 2002.
- Lewis, C. S., *El problema del dolor*, Rialp, Madrid, 2012.
- Lipovetsky, G., *El crepúsculo del deber. La ética indolora de los nuevos tiempos democráticos*, Anagrama, Barcelona, 1994.
- Macintyre, A., *After Virtue*, University of Notre Dame Press, Indiana, 1981.
- Marañón, G., *Ensayos liberales, Obras Completas*, IX, Espasa-Calpe, Madrid, 1973.
- Marcos del Cano, A. M., *La eutanasia. Estudio filosófico-jurídico*, Marcial Pons, Madrid, 1999.

- Marías, J., *La felicidad humana*, Alianza Editorial, Madrid, 1987.
- Marías, J., *Tratado de lo mejor*, Alianza Editorial, Madrid, 1995.
- Ollero, A., *Bioderecho. Entre la vida y la muerte*, Thomson Aranzadi, Cizur Menor (Navarra), 2006.
- Recuero, J. R., *En defensa de la vida humana*, Biblioteca Nueva, Madrid, 2011.
- Rodríguez Paniagua, J. M., "Los derechos humanos del individualismo a la ética de la responsabilidad", *Anuario de Filosofía del Derecho*, Nueva Época, XV, (1998), Ministerio de Justicia-B.O.E., Madrid, 111-122.
- Serrano-Ruiz-Calderón, J. M., *La eutanasia*, Ediciones Internacionales Universitarias, Madrid, 2007.
- Spaemann, R., *Felicidad y benevolencia*, Rialp, Madrid, 1991.
- Tomás de Aquino, *Suma de Teología*, B.A.C., Madrid, 1993.
- Wittgenstein, L. *Tractatus logico-philosophicus*, Routledge&Kegan Paul Ltd., Londres-Nueva York, 2000.



¿EXISTE EL DERECHO A MORIR?

IS THERE A RIGHT TO DIE?

JOSÉ MIGUEL SERRANO RUIZ-CALDERÓN

Universidad Complutense de Madrid

Madrid, España

jmruijcalderon@gmail.com

RESUMEN:

Palabras clave:

Derecho, Muerte,
Eutanasia,
Dependencia.

Recibido: 06/11/2018

Aceptado: 10/12/2018

El derecho a la muerte se define desde el olvido de la muerte, característica de la sociedad contemporánea. La defensa de la eutanasia, lejos de ser una contradicción con ese olvido, constituye su constatación. Afirmada como acto altruista y benevolente encubre la necesidad propia de olvidar el sufrimiento y la muerte, y la incapacidad de observar la muerte ajena. Como derecho, el derecho a la muerte se presenta como la prohibición del Derecho y la comunidad de interferir en el acto tanático para sí mismo o para otro. Pero como efecto se instaura un derecho de carácter social e indicación ética que constituye un riesgo para la vida dependiente.

ABSTRACT:

Keywords:

Right, Death,
Euthanasia,
Dependence.

The right to death is defined from the oblivion of death, characteristic of contemporary society. The defense of euthanasia, far from being a contradiction with that forgetfulness, constitutes its verification. Affirmed as an altruistic and benevolent act conceals the need to forget suffering and death, and the inability to observe the death of others. As a right, the right to death is presented as the prohibition of the law and the community to interfere in the act of love for oneself or for another. But as an effect, a right of a social nature and ethical indication that constitutes a risk for dependent life is established.

1. La muerte, elemento definidor del animal humano

Oímos hablar constantemente del derecho a la muerte, o si se prefiere el derecho a morir o, mejor aún, el derecho a la muerte digna y observamos una ocultación permanente del significado de la muerte en la vida humana. Estamos probablemente ante una forma de mantener la ficción de una vida sin muerte y ante la precipitación de la situación del moribundo. Como si quisiésemos mantener la ficción de Epicuro, que tan poco resultado nos ha dado a lo largo de la Historia:

Acostúmbrate a pensar Meneceo que cuando tu estas ella no está y que cuando ella está tu ya no estás. Por ello, la eutanasia lejos de suponer una objeción a la observación general desde la sociología de los cincuenta de que entre nosotros la muerte está ocultada, supone la ratificación de esta observación.

Robert Redeker en su obra "El eclipse de la muerte" contrapone esta ocultación con el sentido que tiene la muerte para la vida del hombre.¹

¹ Redeker, R. *l'eclipse de de la mort*, Desclee de Brouwer, Paris, 2017, 89.

En línea con la filosofía más antigua, los dioses enviaban a los hombres la muerte, o la más cercana, el hombre es el animal que muere, Redeker observa la muerte como el hecho definidor de la muerte.

El hombre muere, los animales no, y el hombre percibe la muerte a través de su amenaza y muy sustancialmente a través de la muerte del otro. Con la muerte del otro se descubre la banalidad de la afirmación de Epicuro: Meneceo la muerte está entre nosotros, aunque sea por el temor de que los seres amados desaparezcan con nuestro recuerdo, como señaló con más acierto San Agustín.

Además, y con gran importancia para nuestra cuestión, pues al fin y al cabo el Derecho es una parte importante de la idea de Orden² que construimos con dificultad, la muerte, su concepción, la relación con los muertos y con nuestra muerte está en la base de la civilización. La forma de tratar a la muerte o a los muertos es indicio de civilización y por esa razón nuestra civilización parece bárbara o, al menos, en proceso de barbarización.

Si no fuera por el lenguaje, por la representación, por el culto la muerte no sería otra cosa que un acontecimiento banal. Con el nacimiento puramente animal, la muerte puramente animal se repite miles de millones de veces. La muerte humana se humaniza en el rito y así civiliza. Recuérdese el texto de las Analectas “¿Cuál es la raíz de los ritos?...En las ceremonias, preferir la simplicidad al lujo; en los funerales, preferir el duelo a las convenciones”³

Pero junto al aspecto limitador de la muerte, que se define como una muerte que hay que controlar con la cultura, la muerte puede presentar un aspecto positivo de forma que es condición de la vida, al menos tal como la conocemos. Sin muerte no habría futuro, la sociedad, el planeta quedarían paralizados, envejecidos. Gracias a la muerte hay nacimientos y gracias a los nacimientos en palabras de Arendt hay futuro. Sin nacimientos no tendríamos esperanza seríamos una mera prolongación de un mundo paralizado⁴.

También la muerte puede concebirse como un límite deseable a una vida que se percibe como un constante esfuerzo, donde el mito del progreso más que un mito aparece como una máscara encubridora que engaña al hombre. La vida no edulcorada, en las actuales circunstancias, con sus alegrías y penas, con la desaparición de los allegados, con el fenómeno de la vejez parece exigir un límite.

Surgiría la muerte como liberación, no sabemos si como contenido de un derecho, cuando se espera una vida mejor o también cuando se busca como alternativa a los sufrimientos o cansancio de la vida, como nos describe Cioran hablando no ya de la muerte sino del mismo suicidio.⁵

2. La muerte ocultada

Si en línea con lo descrito con Robert Redeker y antes por los sociólogos como Philippe Aries nuestra realidad es la de una sociedad con muerte ocultada, la reivindicación del derecho a la muerte, la discusión sobre este, las sesiones dedicadas a como se muere en todo tipo de parlamentos parecen ser contradictorias con ese eclipse⁶.

Es decir, la mayor dificultad que tenemos al intentar explicar el fenómeno cultural de la eutanasia, que se extiende sin límites en Occidente, es compaginar dos datos aparentemente opuestos.

Uno es el ya citado del ocultamiento de la muerte, que incluye a los agonizantes, a los muertos, a los cementerios y a la propia presencia de esta realidad tan humana, o si se quiere, tan definidora de lo humano.

La muerte se oculta como se oculta la vejez según una muy adecuada observación de Robert Redeker. El viejo disfrazado de adolescente, “el mayor” debe pasar de una juventud cosmética a desaparecer, de la forma más rápida e indolora posible.

De esta forma la muerte deja de ser un acontecimiento para el que nos preparamos, ya no nos preparamos ni para nuestra muerte ni para la muerte ajena.⁷

² Voegelin, E. *The collected Works. Order and History. Israel and Revelation*. The University of Missouri Press, Columbia, 2001, 10 ss.

³ Confucio, *Analectas*, EDAF, Madrid, 2013. 50.

⁴ Arendt, H. *Los orígenes del totalitarismo*. Alianza Editorial, Madrid, 2006.

⁵ Cioran, E. *Syllogismes de l'amertume*. Gallimard, Paris, 1995.

⁶ Redeker, R. *L'eclipse de de la mort*, Desclee de Brouwer, Paris, 2017, 19

⁷ Redeker, R. *L'eclipse de de la mort*, Desclee de Brouwer,

Y ello aunque sabemos desde antiguo que como afirma della Rochefoucauld ni la muerte ni el sol se pueden contemplar directamente.⁸

3. Derecho a morir

Pero la ocultación de la muerte coincide con el denominado “derecho a morir” que se ha convertido en el paradigma de los derechos, el derecho que completa todos los derechos. Y este derecho dista de estar oculto.

La aparente paradoja se resuelve precisamente en la supresión de la muerte como acontecimiento que da sentido a lo humano y en la desvalorización de todo dolor, entendido como un sinsentido, en un sistema que supuestamente sólo garantiza gozos.

El derecho a morir es realmente el derecho a eliminar las vidas sin sentido. Pues en su contenido es el derecho a la muerte medicamente administrada; como un elemento final del tratamiento.

La apuesta es peligrosa pues el número de vidas sin sentido para uno mismo o para otros es ilimitado. No se sabe qué sentido tiene nada en el juego producción-consumo cuando surgen unos desechos de la producción y tantos no alcanzan los niveles de consumo aceptable.

Pero desde luego no tienen sentido ni las vidas de los sufrientes, ni la de los graves deficientes, ni la de los incurables y finalmente la de los viejos, entendidos como sujetos que están en una edad que ya no pueden imitar el juego del adolescente que disfruta sin límite.

De esta forma, al quitar la vejez, la muerte o el sufrimiento del horizonte del significado humano lo que se prepara es lo que el mismo autor ha denominado un geronticidio⁹. Siempre será por el bien de quien lo reciba, y es posible que en principio se mantengan las formalidades de la muerte voluntaria¹⁰.

En efecto, el acto de dar muerte se vuelve una acción veterinaria, pues sin la comprensión de la muerte lo humano vuelve a lo animal y este hecho se produce paradójicamente cuando en su proceso de liberación

gnóstica el hombre se cree Dios. Ni Dios ni animal es el hombre en cuanto muere.

Lo veterinario en la muerte administrada al hombre que ya no puede comportarse como un Dios, pues se orina encima, babea, o no reconoce, explica una aparente incoherencia; en un momento en el que no se puede retribuir con la muerte. Es decir, la comunidad aparentemente no puede sancionar con la muerte un acto voluntario, cruel, que incluso provoque la muerte de muchas vidas insustituibles. Pero si puede administrar la muerte como un beneficio, evidentemente sin la crueldad del pasado, sin los simbolismos que condenaba el propio Aristóteles cuando aclaraba que la igualdad que restituía la justicia retributiva era analógica pues al que había obtenido una ventaja no se le hacía lo mismo.

No podemos matar como castigo, es decir, no tenemos una muerte jurídica, pero podemos matar como beneficio, es decir, tenemos una muerte extrajurídica pues la muerte se saca del derecho y quien la recibe no es ya tratado como un hombre, si hemos de seguir las afirmaciones de Heidegger de que son los hombres los únicos que mueren.

La muerte como beneficio que se otorga a un hombre ha sido también analizada por Redeker. Este autor francés, de nuevo en una tradición enraizada en lo mejor de nuestro pensamiento duda de los verdaderos motivos de ese beneficio.

Redeker nos previene de los verdaderos motivos de quien quiere aplicar la muerte como un beneficio para el que la recibe. Ambos son bastante incompatibles con el tratamiento humano a un humano.

“Detrás de la filantropía para evitar demasiado sufrimiento a los enfermos que hay que matar...o para ayudarles a partir dos fenómenos se ocultan: la psicología del débil que tiene miedo a sufrir viendo sufrir...y el odio estético de un determinado estado del hombre, la repugnancia ante un estado físico y mental alejado de la imagen que nuestro mundo difunde del hombre”¹⁰.

La raíz ideológica del nuevo “derecho” que se construye respecto a una muerte que en el resto de la cultura

Paris, 2017, 60.

⁸ Ibid., 148.

⁹ Redeker, R. *Bienhereuse vieillesse*, Editions de Rocher, Paris, 2015.

¹⁰ Redeker, R. *l'éclipse de de la mort*, Desclee de Brouwer, Paris, 2017, 169.

se niega es el enfrentamiento entre la imagen que el sujeto construye de sí mismo, si se quiere la razón del engaño al que se somete al hombre, y la realidad de una vida humana que pese al enmascaramiento de la adolescencia prolongada debe terminar en la vejez primero y luego en la muerte.

4. Distopia y muerte

El modelo de lo que acontece fue previsto por las distopías que jalonan el siglo XX. Tanto en *El Señor del mundo*¹¹ de forma explícita como en *Un mundo feliz*¹² hay eutanasia algo disimulada en el segundo caso. La eutanasia es un medio de garantiza la supuesta filantropía ocultando la verdad del sufrimiento y de la muerte. Es un final casi necesario que sin embargo necesita eliminar lo específico humano.

En la discusión final de la novela de Aldous Huxley como en el magnífico dialogo del *Gran Inquisidor*¹³ que aparece en la novela *Los hermanos Karamazov* parece claro lo que los poderes enmascaran detrás de su supuesta ley bonancible, la eliminación de la libertad pero esta eliminación de la libertad apunta al elemento principal que subyace a todo el proceso, la eliminación de la Naturaleza humana.

Si el hombre sufre porque es libre, la aplicación de las leyes científicas, como en el discurso articulado de Zamiatin en *Nosotros*,¹⁴ produce dos efectos elimina el sufrimiento con la condición de eliminar la libertad. La eutanasia juega con ambos conceptos.

La muerte apartado, con aspecto juvenil, desprovista de sufrimiento, contemplada de forma natural, como si la muerte humana fuera algo meramente natural, es descrita por Huxley. No se puede negar la similitud con la eutanasia.

Visto este proceso no cabe duda de que la argumentación del derecho a la muerte tiene un entorno ideológico que no se puede negar, so pena de no alcanzar la lucidez sobre lo que ocurre y acabaríamos así discutiendo

do sobre dosis de opiáceos o sistemas de asistencia que es precisamente de lo que no se trata.

El entorno de la expansión del derecho a la muerte es el de la incompreensión ante el sufrimiento por un lado, pero sobre todo la voluntad ideológica de desconocer la realidad de la vida humana necesariamente desfalleciente a partir de un determinado momento. La realidad de la vejez.

Se ha alabado mucho la voluntad de mantener un corazón joven, siguiendo el mito del romanticismo primero y del fascismo después, pero se ha entrado poco en el ridículo de no aprovechar la ancianidad en sus elementos alabados desde la Antigüedad y sustituirla por un remedo cosmético de una juventud de la que sólo se mantiene una cierta ignorancia idiota.

Precisamente si conectamos el abandono de la valoración de las virtudes de la edad madura con la eutanasia tenemos el fenómeno del geronticidio. El significado de la eutanasia no es sólo acortar e momento del dolor sino más precisamente acortar o eliminar un momento inevitable de la vida alargada.

Por eso la liberación que se supone que es la eutanasia es ante todo liberación de la naturaleza humana y en definitiva supone la eliminación del derecho. Lejos de tener en cuenta los conceptos de voluntad y pacto, o el concepto de voluntad, la eutanasia entra en el discurso de las vidas sin sentido.

No hay que temer un alboroto radical nihilista que llegue a la conclusión de que ninguna vida humana reducida a la producción consumo tiene sentido. No hay peligro. La eutanasia parte de la base de que hay una vida, que no calificamos ya de hedonismo por respeto a Epicuro, sino que sería puramente animal, en la reducción al goce, que tiene un sentido pleno y otras que no alcanzan ese nivel que no.

El propio Simon Leys en "Una carta abierta al Gobernador General" define las implicaciones sociales de la benevolencia esbozada hacia los deficientes y expresada en el homicidio médico. En efecto el Gobernador general de Australia Bill Hayden había pronunciado un discurso favorable a la eutanasia, en el que tras sentirse orgulloso de haber tenido una vida plena y satisfactoria

11 Benson, H. *El Señor del Mundo*, Palabra, Madrid, 2015.

12 Huxley, A. *Un mundo feliz*, Debolsillo Barcelona, 2012.

13 Dostoievski, F. *El gran Inquisidor y otros cuentos*, Siruela, Madrid, 2010.

14 Zamiatin, E. *Nosotros*, Akal, Madrid, 2008.

temía que en algún momento la senilidad le robará su dignidad humana. Para ese momento esperaba la eutanasia. Contesta con sarcasmo Leys que el Gobernador General parece haber olvidado la diferencia ya definida por Pascal entre dignidad institucional y dignidad natural. Se pregunta cómo sabe el Gobernador General que en el orden de la grandeza natural la condición de un Bill Hayden senil, incoherente, amnésico e incontinente, en una silla de ruedas constituiría una degradación respecto a la plena humanidad que supuestamente ha alcanzado como Gobernador General.

Y entonces Leys, uno de los espíritus más finos del siglo XX pronuncia su sentencia "Una sociedad que deja de percibir que debería respetar la grandeza natural de un viejo, senil, incontinente y amnésico tanto como debe respetar la dignidad institucional de su Gobernador General simplemente ha abandonado el principio básico de la civilización y cruzado el umbral de la barbarie."

Y más adelante encuentra la razón subyacente, enmascarada por el "yo preferiría en su caso". "Las generaciones sucesivas merecen ser liberadas de algunas cargas improductivas." E insiste en su sarcasmo preguntándose si no deberíamos dotar a cada domicilio de unos cubos de basura donde los parientes ancianos pudiesen reciclarse higiénicamente en alimentos para mascotas.¹⁵

Como el discurso sólo en algunas ocasiones tiene la claridad que critica Leys suele enmascararse bajo la reivindicación de un Derecho que en cierta medida se encubre bajo la apariencia de un derecho a la propia muerte, es decir, a un suicidio mediato.

5. Homicidio, Derecho y Ética médica

Al referirse al derecho a morir, que se adjetiva dignamente, no se reclama como es notorio el hecho inevitable de la muerte. Pedirla como derecho sería absurdo. Tampoco se limita esta reivindicación a exigir la abstención del otro, sea del médico o del gran Otro, la sociedad ante los actos de un individuo que avanza hacia la muerte dentro del curso natural.

Es decir, aunque pueda aparentarlo, no estamos ante una reivindicación de abstención médica, una libertad frente al poder médico, encarnado no ya en el viejo médico patriarcal (o paternalista que tanto monta) sino en el médico mero agente del único patriarca que se tolera en nuestra sociedad, el Estado.

En sentido estricto la reivindicación es que en determinadas circunstancias, que tienen que ver con el incumplimiento de una ilusión de vida que enmascara la realidad contemporánea, un médico mate a su paciente.

Es importante recalcar que esta reivindicación al ser jurídica y traducirse en la legislación no se pide respecto a uno mismo, como la retórica de casos como el de Ramon San Pedro nos hace creer, sino que se impone respecto a todos los miembros de una sociedad, o en el delirio contemporáneo, respecto a la Humanidad.

Esta es la notable paradoja del derecho. El juego de lo que los anglosajones llaman win/win no existe. Ciertamente la Justicia en abstracto viene bien a todos pero en concreto a algunos garantiza y a otros obliga en unas ocasiones y en general a todos obliga y a todos garantiza.

Esto tiene también algunas implicaciones que conviene considerar siempre en derecho pero que se pierden en el discurso de los derechos absolutos.

Cuando se pide el reconocimiento judicial o legislativo de un derecho no basta exigir una reivindicación con anhelo sino hay que encajarla, por así decirlo.

La primera forma de encajarla es, por supuesto, en el derecho mismo, por analogía o derivación lógica. Esto se puede hacer por las vías habituales de interpretación sobre textos o de forma "creativa". Como veremos hay que ser muy creativo, como ocurre con muchos tribunales actuales, para derivar del Derecho, se entienda como se entienda, un derecho a morir y para ignorar la tradición jurídica de sancionar primero el suicidio, hasta el s XIX, luego el auxilio al suicidio y siempre el homicidio compasivo, incluso cuando la compasión es sincera.

También se requiere encajar el derecho concreto en el punto de vista sobre la Justicia que constituye todo Derecho, hay que justificar su relación con el bien común, en su acepción menor, es decir que no lo afecta negativamente, o en su forma más propia, es decir, que lo promueve.

¹⁵ Leys, S. "An open letter to the Governor-General". *Quadrant*, 39, 9, septiembre, 2015, 9.

El reconocimiento de un derecho, que no implica sin más una aspiración satisfecha, tiene por tanto efectos mucho más allá de quienes lo reclaman. El primero de estos efectos es obvio. Obliga a otros muy directamente y a todos en cierta forma. El segundo es que al implicar una visión del mundo, una antropología, un intento de explicación sobre la justicia estas opciones valorizan unas cosas y desvalorizan otras. Esta valorización y desvalorización es social, tiene efectos sobre otros y, por supuesto, afecta en cascada al Derecho.

Esto en sí nos es bueno ni malo. Es lo que es. Pero hay que tenerlo en cuenta cada vez que se incorpora al Derecho uno de estos derechos subjetivos o si se quiere cada vez que se inventa un derecho.

Esto de inventarse derechos, o incluso de inventarse todo el derecho es sabido que no le gusta al reaccionario. “La primera revolución estalló cuando se le ocurrió a algún tonto que el derecho se podía inventar”.

En este punto uno de los argumentos vulgares más utilizados y de mayor éxito, de nuevo recuerdo el caso San Pedro, es el que acusa a quienes se oponen al reconocimiento al derecho a la muerte digna de imponer una determinada moral. Supongo que será la moral de una interpretación estricta del principio, o mandato, o revelación, de “No matarás al inocente” y de la necesidad de su traducción en el derecho.

Mi argumento es que no incluir esta prohibición en el Derecho, aunque la única excepción sea vinculada a la voluntad de quien recibe el beneficio de la muerte, implica adoptar una noción de libertad, de vida, de hombre, de moral y de Derecho determinada. Así bien podríamos decir a algunos que nos imponen su moral.

Esta moral que se transmite al Derecho sin los habituales principios de salvaguarda o sin los criterios que han sostenido el Derecho occidental tiende a volverse absoluta. Es totalitaria, en la forma en que Aldous Huxley define el futuro Totalitarismo en su novela “Un Mundo Feliz”.

Se hace necesaria una digresión sobre esta peculiaridad moral que produce una legislación asfixiante centrada obviamente no en el propio perfeccionamiento, que es el oficio de la moral sino en el perfeccionamiento ajeno, fin de las leyes.

Aunque la base del nuevo derecho sea la apelación a los deseos-derechos naturales del sujeto liberado y este individuo liberado tiende a moralizar con radicalidad todas sus conductas, el habla, la estética, y los microgestos, el hecho es que precisamente por como advirtieron juristas de la talla de Francesco D’Agostino, la moral actual ha pasado a ser legislada y la legislación ha pulverizado toda línea de división entre lo privado y lo público que nos protegiese.¹⁶ Como ese deseo-derecho no se apoya en lo existente en el Derecho, la moral o las costumbres sino que como todo movimiento revolucionario aspira a transformarlo, el efecto es un activismo asfixiante donde la expresión del moda del reivindicador, eso de “no nos impongas tu moral, parece un sarcasmo.

6. Eutanasia y suicidio

Hemos dicho que el derecho a la muerte digna no puede confundirse con el suicidio pero también que el argumento de partida parece vincularse al argumento del suicidio como acto libérrimo en el que no debe inmiscuirse la moral social ni el derecho, y ello a pesar de que ambos ordenes normativos siempre han tenido mucho que decir sobre el suicidio.

Para tratar con lealtad esta cuestión del supuesto derecho a morir debemos asumir también algunos presupuestos que no están plenamente presentes en la hagiografía pro vida. Hay razones para desear la muerte., de hecho mucha gente la desea. Hay que considerar aquí el anhelo de la muerte como rasgo espiritual del misticismo, como en Santa Teresa de Jesús y San Juan de la Cruz, como signo de agotamiento ante el mundo o como displicente valoración de este, realidad falsa, destierro o prisión. Es más pueden encontrarse razones para suicidarse, razones claramente razonables. De hecho el hombre que es el único animal que muere (al ser el único que es consciente de la muerte) es también quien tiene la exclusiva del suicidio. Frente a esta realidad universal no son del todo útiles las admoniciones morales extendidas desde antiguo y recogidas en el derecho inglés del Siglo XVIII. Quien se suicida actúa contra el instinto de conservación, contra la Ley de Dios

16 D’Agostino, F. *Bioetica*, Giapichelli, Turin, 1996.

y contra la ley del Rey. En concreto toma algo que no es suyo.

Precisamente porque el suicidio no es detenido por el instinto de conservación, se sobrepone a él, la sociedad en general, ha entendido que la disuasión del suicidio es una obligación social que incluye a todos. El camino opuesto es la epidemia de suicidios, románticos. Nihilistas, por el dolor o por el puro agotamiento de la vida sin sentido. El denominado derecho a morir dignamente trastoca este camino, lo invierte, desmonta una a una las barreras de prevención.

Ciertamente el derecho a la muerte digna se limita a unas causas específicas. Sólo quienes se encuentran en unas circunstancias determinadas accederán a estos derechos que no parece ni universal ni meramente voluntario. Las causas justificativas englobarán lo que en sentido clásico se llamaba el suicidio pusilánime.

Estas causas ligadas a la gravedad e irreversibilidad de la enfermedad y a los graves sufrimientos a ella asociados, se extienden en dos direcciones. Por un lado, hacia prescindir del acuerdo explícito del paciente. Por otro, hacia la extensión del concepto de vida que no merece vivirse.

Con la labor de zapa, o casi diría de asalto, del discurso eutanásico contra las barreras, al final poco queda de ellas.

Es más, termina por moralizarse el suicidio en ciertos casos, ante ciertos estados clínicos como antes sucedía en ciertos suicidios de honor, del guerrero ofendido o de la mujer ultrajada.

Por ejemplo, el suicidio de honor de la mujer ultrajada, tal como se aplica en Roma enseña mucho de como una obligación socialmente impuesta puede presentarse como una liberación, o como una conducta excelente respaldada por un amplio consenso social¹⁷.

Si la primera medida antisuicidio es no hacer su panegírico, la eutanasia tiene una presencia en la vida social, en los medios y en el debate público de efectos completamente opuestos a esa medida. Hay apóstoles de una forma de morir, más bien de esa forma reglada

por la que se mata. Los defensores de esta práctica no son sujetos más o menos malditos, sino que están en la cresta de la ola.

El temor numinoso ante la muerte y ante el acto de matarse es sobrepasado con la eutanasia técnicamente dirigida, administrada, incluida en la cartera de servicios.

Esto a su vez elimina otros obstáculos como el temor personal al “paso suicida” que a tantos retiene precisamente por la presencia de un “natural” instinto de conservación.

Otras barreras en la práctica individual del suicidio, incluso por el que tiene la firme voluntad de cometerlo, son la prohibición jurídica y el reproche moral. En el mundo eutanásico desaparece de raíz. La eutanasia es un acto autónomo de una autonomía tanática que “se pone en marcha” cuando las alegrías de la vida, la supuesta felicidad, el control del deber, el dominio sobre la enfermedad, la adolescencia perpetua ceden y la vida se manifiesta sólo para unos pocos, con toda su crudeza.

Si la sociedad apoya la eutanasia, si el medio empleado modificara el obstáculo que representa el temor numinoso, el obstáculo tan sólo podría ser el afecto cercano y natural de los familiares. Es decir, no dar el enorme disgusto de matarse. Ciertamente esto no disuade a muchos suicidas pero es significativo que esté al menos presente en las cartas de perdón y despedida.

Pero este obstáculo deja de serlo cuando el suicidio se describe como un bien para el beneficiario y sus familiares. Con un poco de esfuerzo manipulador, practicado por sus defensores, puede incluso aparecer para la mayoría en el disfraz de un acto solidario que evita sufrimientos y, no lo olvidemos, también costes. Emprendida la pendiente, nuestra sociedad suicida puede tender hacia una salida suicida o a un suicidio médico que, a su vez, es un homicidio.

Lo fundamental es en consecuencia que con la eutanasia, en general, tratamos de un homicidio de justificación suicida y esto es así en cuanto el concepto de cultura de la muerte incluye la eutanasia como un elemento de la autodeterminación del hombre.

Por eso la justificación no es sencillamente el corte de algún dolor intenso sino que el suicidio aparece como

17 Andrés González-Cobo, R. *Semper dolens. Historia del suicidio en Occidente*. El Acanalado, Barcelona 2015, 123.

una libertad. Para ser mas precisos como la manifestación de la libertad completa.

Esta libertad es, como indica Dostoievski en los discursos de los hermanos Karamazov la libertad de Dios. La liberación completa de Dios lleva, sin embargo, a la esclavitud completa del hombre y esto es igualmente válido en el efecto totalitario que vimos en la sociedad del siglo XX como en la posttotalitaria del XXI.

Por ello cuando se trata de discutir este derecho, presentado como el más valioso de los derechos de forma paradójica, la muerte como el mayor valor, han sido más agudos los literatos y los poetas en general que los tratadistas jurídicos, especialmente los que se han atrincherado en una especie de derecho natural absoluto a ser de una determinada forma, una forma que estaría al margen de las exigencias sociales y del derecho concreto, es decir, del único derecho que existe.

El derecho que se proclama tiene evidentemente una base nihilista que manifiesta con especial fuerza la tendencia eutanásica que sufrimos. La revuelta contra Dios que caracteriza el paso del XIX al XX impide concebir la vida en su sentido más profundo.

El poeta ruso, fallecido en el GULAG Ossip Mandelstam, que recordemos intentó suicidarse una vez, lo dice con claridad a su mujer y biógrafa Nadezhda, cuando ante la amenaza de la deportación a los campos de concentración esta ofrece el suicidio.

La vida es un don dice Ossip y la obligación del hombre es vivirla, la vida es un don incluso en las peores circunstancias y no deja de serlo aun cuando no se pueda alcanzar una felicidad prometida e ilusoria. Y debemos recordar que en el camino de esa felicidad, siempre futura, se ha privado durante el siglo XX a los hombres de los elementos más básicos de su propia vida. Dice Ossip, y corrobora Nadezhda, que la obligación del hombre es vivir, no ser feliz y, como más tarde, contesto ya en los setenta Nadezhda, en una entrevista en el NYTM, cuando se le decía que el cristiano debe vivir con esperanza "yo tengo esperanza en la vida eterna que se nos ha prometido".¹⁸

18 De Mauny, E. *The winters years of Nadezhda Mandelstam*, The New York Times, 17 febrero 1982, 006045.

Esto puede parecer filosófico (es decir no cuantificable y entonces no juridificable). Pero entre considerar la vida como un don o considerarla un acto de autodeterminación que tiene su máxima realización en el propio homicidio no hay un punto intermedio o neutral. Nos deslizamos hacia el segundo con todas sus implicaciones y la única forma de reaccionar es afirmar lo primero.

La muerte, exactamente el suicidio como autodeterminación completa, cambia todo y afecta a lo más profundo de las relaciones e instituciones humanas. Reaparece la familia homicida y la sujeción de la vida humana, del reconocimiento como persona, a cierto grado de aptitud o felicidad.

La opción don o libertad autodeterminada es un base de civilización. Por eso cuando algunos grandes pensadores del XX y principios de XXI hablaron de cultura de la vida y cultura de la muerte dieron con la definición del debate o describieron la crucial elección a los que nos vemos abocados.

La construcción de la cultura de la muerte tiene una traducción jurídica en el derecho al suicidio (realmente al homicidio encubierto de suicidio) que se extiende por Europa y en general por el mundo que se llama desarrollado y tiene su punto nuclear no tanto en el concepto vida o persona, al que hemos dedicado grandes esfuerzos, sino en el concepto libertad.

Un error de juicio sobre la libertad, que es un error de juicio de la relación del hombre con el Creador, puede llevar como hemos dicho a sostener que el suicidio no es una libertad sino la libertad por excelencia. De ahí a considerar lo mismo respecto a la ayuda al suicidio o el suicidio administrado sólo hay un paso.

7. Vida y libertad

Fue Dostoievski, y sigo la lectura de Nadezhda Mandelstam, quien distinguió con mayor agudeza la libertad (freedom en ingles) como la posibilidad de hacer lo que se debe hacer y la libertad como licencia (license en inglés Svoevolie en ruso) que nos conduce a la noche del no ser.¹⁹

19 Mandelstam, N. *Hope Abandoned*, The Harvill Press, Londres, 2011, 266.

Si como sociedad elegimos la noche del no ser el fin garantizado será aplicar esa inversión de los valores y nos encontramos con la paradoja.

Lo libre, lo moderno, lo actual, lo europeo, no es aceptar la vida, ayudar a su venida o desarrollo, paliarla en lo que los hombres podemos paliar, sino favorecer la muerte, ignorar el don de la vida y aceptarlo como una carga.

No podemos evitar el debate fundamental, manteniéndonos en la neutralidad de opciones, pues si la vida no es un don indisponible lo que se pone en marcha en la cultura social es la maquinaria de la muerte.

Y tenemos así la paradoja que consiste en que el camino de la libertad es el camino de la muerte sanitaria y esa muerte planificada, profesionalizada, se convierte en un derecho subjetivo; pero es un derecho que se aplica en nombre del paciente que le sustituye, que le presiona. La alternativa se va tornando una obligación cuando quienes tienen poder para ello entienden que lo debido es morir.

Al echar la vista sobre el siglo XX comprobamos las veces que se ha esclavizado hasta la inanición en nombre de la felicidad.

Pues aquí aparece la máscara. Sin disparar la tasa de suicidios a las que nos acostumbramos en las fases agudas de las crisis nihilistas desde el siglo XIX aumenta la defensa y práctica del homicidio médicamente administrado.

Esta administración sanitaria del homicidio exige un juicio de adecuación del paciente al "tratamiento" y esclaviza mediante la ley al médico y a los pacientes que reúnen ciertas características objetivas. Se produce lo que hemos denominado pendiente deslizante lógica, lo que se defendió en nombre de la libertad, se aplica a quienes no pueden ejercerla.

Esta sujeción a la voluntad tanática del Estado, pues para todos en algún momento, pero para unos específicamente ahora, lo indicado es la muerte.

En efecto la tentación contemporánea del dejar hacer, de no implicarse en las decisiones amenazantes sobre la vida humana, ignora que cuando la muerte clínicamente administrada se convierte en un derecho todos resultan obligados respecto a ese derecho.

El llamado derecho a morir dignamente es infame cuando lejos de suponer una opción o no de tratamientos se convierte en la obligación de matar.

Si culturalmente parece que esta otra enorme estafa se ha impuesto entre nosotros y es cuestión de tiempo que nos alcance, me permito repetir las palabras de Nadezhda Mandelstam en los años setenta cuando nada hacía presagiar esperanza para Rusia.

"El camino de la libertad es duro, particularmente en tiempos como los nuestros pero si todo el mundo hubiese escogido el camino de la licencia, la humanidad hubiera dejado hace mucho de existir.

Si todavía existe es debido al hecho que el impulso creativo ha permanecido más fuerte que el destructivo. Si esto será así en el futuro no nos corresponde decirlo".²⁰

Hasta aquí Nadezhda. Yo creo, sin embargo, sin riesgo de que se me tache de optimista, que nosotros aquí, precisamente, y cara al futuro inmediato, si tenemos mucho desenmascarar, mucho que construir, mucho que paliar pero, sobre todo, mucho que vivir.

Sabemos que el derecho a la muerte difícilmente puede ser un derecho en sentido estricto, es decir, algo derivado de un convenio que vincula dos voluntades. En su momento Sergio Cotta en unas palabras que algunos no valoramos convenientemente señaló que en el pacto suicida resulta anulada totalmente una voluntad, sea la del médico sea la del paciente, y en ese sentido no puede ser jurídico²¹.

Pero no podemos olvidar que el derecho a la muerte se inscribe en la lógica de la instrucción oficial, de la reglamentación benevolente que establece un Estado Total, que aplica una ideología única donde los viejos límites salvación-bien común, externo-interno, autónomo-heterónimo que marcaban la diferencia entre moral y derecho no existen. El Estado no admite límites aunque dice actuar en nombre no ya de una raza, de un pueblo o de una clase sino en nombre de una multitud de voluntades individuales que se reducen a una.

20 Mandelstam, N. *Hope Abandoned*, The Harvill Press, Londres, 2011, 282.

21 Cotta, S. "Aborto ed eutanasia: un confronto". *Rivista di filosofia*. (Il diritto alla vita fascicolo speciale) Einaudi, Torino, 1983, 5-23

Por eso la regulación de la eutanasia tiene como efecto la total transformación de la deontología médica. De la función del médico.

Referencias

- Andres González-Cobo, Ramon. *Semper Dolens: historia del suicidio en Occidente*. Barcelona: El Acanilado, 2015.
- Arendt, Hannah. *Los orígenes del totalitarismo*. Madrid: Alianza Editorial, 2006.
- Benson, Hugh. *Señor del Mundo*. Madrid: Palabra, 2015.
- Cioran, Emil. *Syllogismes de l'amertume*. Paris: Gallimard, 1995.
- Confucio. *Analectas*. Ed. Simon Leys. Trad. Simon Leys. Madrid: EDAF, 2013.
- Cotta, Sergio. «Aborto ed eutanasia un confronto.» *Rivista di Filosofia* I diritto alla vita. Fascicolo speciale (1983): 5-23.
- D'Agostino, Francesco. *Bioética*. Turín : Giapichelli, 1996.
- de Mauny, Elisabeth. «The winter years of Nadezhda Mandelstam.» *The New York Times* 17 de febrero de 1982: 006045.
- Dostoievski, Fiodor. *El gran inquisidor y otros cuentos*. Madrid: Siruela, 2010.
- Gómez Dávila, Nicolás. *Escolios a un texto implícito*. Madrid: Siruela, 2001.
- Huxley, Aldous. *Un mundo feliz*. Barcelona: Debolsillo, 2012.
- Leys, Simon. «An Open Letter to the Governor-General.» *Quadrant* 39.9 (1995): 9.
- Mandelstam, Nadezhda. *Hope Abandoned*. Londres: The Harvill Press, 2011.
- Mandelstam, Nadezhda. *Contra toda esperanza*. Barcelona: Acanilado, 2012.
- Redeker, Robert. *Bienhereuse vieillesse*. Paris: Editions du Rocher, 2015.
- . *L'eclipse de la mort*. Paris: Descleé de Brouwer, 2017.
- Voegelin, Eric. *The Collected Works. Order and History. Israel and Revelation*. Vols. 14-18. Columbia: The University of Missouri Press, 2001.
- Zamiatin, Eugeni. *Nosotros*. Madrid: 2008, Akal.



LA PACIENCIA DEL CORAZÓN

THE PATIENCE OF THE HEART

EMILIO GARCÍA-SÁNCHEZ, DESPERTAR LA COMPASIÓN. EL CUIDADO ÉTICO DE LOS ENFERMOS GRAVES. PRÓLOGO DEL DR. GONZALO HERRANZ, EUNSA, PAMPLONA, 2017.

En uno de esos formidables retratos del alma humana que son sus novelas, Stefan Zweig distinguía dos formas de compasión. Una es la compasión “creativa”, que sabe lo que quiere y “está dispuesta a aguantar con paciencia y resignación hasta sus últimas fuerzas e incluso más allá de ellas”. La otra no más que “impaciencia del corazón”: impaciencia por liberarse cuanto antes “de la penosa emoción ante una desgracia ajena”¹.

El libro del profesor Emilio García-Sánchez trata, sobre todo, de la compasión creativa y de su relevancia en el cuidado del enfermo, pero no descuida la atención a la segunda, que no es realmente compasión sino, más bien, la peor perversión de la compasión misma, como muy bien hace ver el Dr. Herranz en su prólogo a la obra, proponiendo al lector un final “alternativo” para la parábola del buen samaritano.

Así, lo primero que hace el autor es distinguir la verdadera compasión de las emociones que inspiran a los corazones impacientes. Emilio García-Sánchez es bien consciente de que “la expresión *sentir compasión por el enfermo* da lugar a malentendidos si previamente se corrompe su esencia” (p. 27), y por eso, ya desde el capítulo introductorio, aclara al lector que la auténtica compasión no nace del intento de eludir el sufrimiento ajeno (y, sobre todo, en mi opinión, sus molestas consecuencias en nosotros) sino en hacerlo propio, en estar

dispuesto a albergar esa “miseria en el corazón” (como nos recuerda García-Sánchez usando la bellísima expresión de Tomás de Aquino).

De la compasión privada de razón, de la compasión que es puro sentimentalismo y de sus causas y de sus nocivos efectos se ocupa el autor en el segundo capítulo de la obra. Especialmente interesante, desde mi punto de vista, es análisis de la infantil negación del dolor en las sociedades hedonistas, y de cómo esta fallida refutación no nos conduce a nada, más allá de sustituir dolores profundos y reales por otros epidérmicos (pero por los que sufrimos con desproporcionada intensidad), y, sobre todo, de cómo el intento de apartar el sufrimiento de nuestras vidas nos conduce a des-cuidar a nuestros enfermos. Ellos nos obligan a mirar a la cara al dolor y eso, en el modo en que hemos planteado nuestra vida, resulta casi ofensivo.

El sufrimiento y la enfermedad son, en realidad, una ofensa a nuestra voluntad de poder, a la planificación sobre la que tratamos de articular nuestra existencia. Y mientras nos afanamos en que nuestra vida transcurra bajo nuestro exclusivo control y de acuerdo a nuestros planes, no hay tiempo ni espacio para el con-moverse, para el com-padecerse, para sufrir con otro que sufre. En ese contexto no es extraño que, como escribe García-Sánchez, “alguien, por lástima, se entromete en el dolor del hombre apropiándose de su vida” (p. 46).

Y efectivamente así ocurre, y una falsa compasión justifica una apropiación indebida de la vida de otro.

¹ Zweif, S., *La impaciencia del corazón*, trad. de Joan Fontcuberta, Acantilado, Barcelona, 2006, 6ª ed.

También ocurre, me parece, que en ese apropiarse nos apropiamos –o eso creemos– de nosotros mismos, erradicando la fuente de esa incomodidad que tanto nos molesta. El problema fundamental de la compasión no tiene tanto que ver con el sufrimiento ajeno en sí, como con la manera en que el dolor ajeno hace sufrir a otro, y cómo ese otro responde al propio dolor.

Ese gesto que tan certeramente describe García-Sánchez de “entrometerse en el dolor ajeno” es, por desgracia, una respuesta al sufrimiento relativamente frecuente en nuestra cultura. El poder de “apropriarse de la vida” del que sufre nos devuelve la ilusión de control sobre nuestras vidas. Pero, lamentablemente, también nos impide ver que nadie se emancipó en el sentido profundo del término a través de estos actos de dominio, tras de los que no hay más que impaciencia o, sencillamente, miedo.

La obra no hace ninguna apología del sufrimiento en sí mismo, pero sí analiza, sin sentimentalismo, el papel que cumple en nuestras vidas y en nuestro crecimiento como personas.

Es muy inteligente por parte del autor, me parece, hacerlo recurriendo a relatos (sobre todo, en el capítulo final, pero en realidad dispersos por toda la obra) relatos de personas reales, de sus familias y de cómo la experiencia de la enfermedad ha transformado poderosamente sus vidas y las ha dotado de sentido (a pesar de diagnósticos inasumibles humanamente y privados de toda compasión, como bien se refleja en el capítulo sexto). Si algo falta en la discusión pública sobre el dolor vital y las formas de abordarlo social y jurídicamente, son precisamente estos relatos que narran la belleza del amor a la vida, sin adornar falsamente la dureza de algunos pasajes de ésta.

“El sufrimiento fomenta el pensamiento creativo” (p. 174), en el paciente y en las personas que les atienden. Y lo hace precisamente porque es un problema, en el sentido en que Marías empleaba el término, algo que necesito atravesar, que necesito superar para poder seguir viviendo. Personalmente, no creo que el sufrimiento sea en sí mismo creativo. Sí lo es siempre el amor. Y si el sufrimiento espolea nuestro corazón hacia el amor,

también nuestra cabeza podrá inventar infinitas formas de hacer ese amor presente, y de paliar el dolor en las condiciones más hostiles que quepa imaginar.

Pero nada de esto es posible si la respuesta al sufrimiento es el intento de apropiación. Porque todo acto de apropiación implica una cosificación de aquello de lo que nos apropiamos, en este caso, la vida del enfermo, su propio dolor, y eso es lo contrario del amor.

En el capítulo tercero, que aborda los “presupuestos ontológicos y éticos de la compasión con los enfermos”, el autor repasa los argumentos que impiden tratar al enfermo como una cosa. La tesis atraviesa de principio a fin el libro: cada ser humano sufriente, enfermo, dependiente... es una persona. La enfermedad no hace mella en su dignidad ni en la titularidad de los derechos que como ser humano le corresponden. El autor argumenta su posición sobre la base de la refutación de la idea de que la dimensión personal puede equipararse a una serie de cualidades funcionales, de las que cualquier persona con problemas de salud carece, en mayor o menor grado.

Parte de la responsabilidad de esta errónea equiparación la tiene, a juicio del autor, la moderna imagen del hombre, para la que éste no es sino un fabricante, alguien que hace cosas, que produce, que rinde...alguien para quien la enfermedad, y la inutilidad que esta implica, constituyen, casi, una refutación. Sería muy interesante, en mi opinión, analizar las consecuencias del tránsito del *homo faber* al *homo ludens*, típicamente postmoderno², que no hace nada, que no crea ni fabrica, sino que simplemente invierte o, por mejor decir, especula. ¿Cómo afecta el paradigma antropológico postmoderno a la percepción del enfermo como persona?

Cuando, en estos tiempos de postverdad, alguien escribe desde un planteamiento tan fuerte metafísicamente como el de García-Sánchez (toda vida humana es vida personal y es un bien en sí misma) no basta con desarrollar los propios argumentos. También es necesario contestar las tesis que conectan con las formas domi-

2 Vid., Ballesteros, J., «La constitución de la imagen actual del hombre». *Tópicos*. 1998; 15: 9-29, donde el autor aboga por la superación de esta antropología postmoderna a través de la imagen del *homo patiens*.

nantes del pensamiento social contemporáneo. En esta discusión sobre el estatuto personal de la vida humana no pueden faltar autores como Singer o Salvescu. García-Sánchez les responde empleando los argumentos Spaemann, Habermas, Arendt, Sandel... como cabe observar, no se trata de autores pertenecientes a una misma tradición filosófica, lo que, a mi juicio, refuerza la validez de su común rechazo a toda forma de despersonalización de la vida humana.

Pero para activar la verdadera compasión no basta con partir del presupuesto de que el otro sea, bajo toda circunstancia, una persona. También es imprescindible *que le veamos*, como otro junto a mí, con el que interactúo, a través del cual aprendo quien soy. De nuestra estructural condición relacional, obviamente básica para el tema que nos ocupa, se trata en el siguiente capítulo de la obra, donde García-Sánchez aboga por una compasión "responsable" (p. 93 y siguientes). La precariedad de nuestra identidad compartida pone en el otro el catalizador de mi propia condición moral. Pero, para que eso ocurra, es preciso también que tengan lugar encuentros verdaderamente personales. Me cabe la duda de hasta qué punto estas propuestas son viables en una sociedad no ya solo infantilizada y hedonista sino, por emplear la conocida expresión de Bauman, completamente "líquida". A punto de vaporizarse, diría yo.

Pero cuando ese encuentro se da, la compasión es, como señala García-Sánchez, "instinto" y "tarea" (capítulo cuarto). Es instinto porque nos sentimos impulsados al sacrificio por el otro que sufre, pero es tarea porque ese impulso inicial, que puede ser voluble o debilitarse con el tiempo, debe convertirse en la fuente de una auténtica responsabilidad social (no, como acertadamente distingue el autor, jurídica, p. 94).

La compasión es clave en la estructura de cualquier sociedad que goce de buena salud. No es debilidad, sino fortaleza. La fortaleza "de los débiles que provocan la construcción de potentes redes de reciprocidad y solidaridad en la sociedad" (p. 94). También, desde mi punto de vista, es fortaleza de los que se compadecen. La compasión no expresa ninguna morbosa tendencia hacia lo enfermo. El amor que la inspira no es, como hubiera

afirmado Nietzsche, fruto del resentimiento y la preferencia de los valores más bajos sobre los superiores. Scheler lo describía como un "desbordamiento de fuerzas": "el amor, el sacrificio, el auxilio, el inclinarse hacia el más humilde y más débil, es un espontáneo desbordamiento de fuerzas que va acompañado de beatitud y reposo íntimo"³, de modo que "el amor y la abnegación no se vuelven hacia el enfermo, el pobre, el humilde, y asqueroso *por* serlo"⁴ sino por los valores positivos que representa. No se ama la enfermedad, sino a la persona enferma *a pesar de la enfermedad*.

Lo subrayo porque el olvido de la clase amor que está en la base de la compasión auténtica provoca la negación de la compasión misma y hace nacer la "impaciencia del corazón". Cuando somos ciegos ante la vida que, maltrecha o languidecida, late en cada persona enferma (que *aún* está viva, como acertadísimo, aunque parezca de Perogrullo, nos recuerda Emilio García), entonces no tenemos nada que amar en ella. Y la angustia se apodera de nuestro corazón.

En cambio el amor compasivo nos proporciona ese "reposo íntimo" que antes mencioné, que es lo contrario de la angustia y que caracteriza al corazón paciente. El autor es consciente de esto y por eso transcribe las palabras de Diane Keaton en *Marvin's Room*, donde interpreta a una mujer que ha dejado su vida "aparcada" para cuidar de su padre: "*he tenido tanta suerte de haber podido sentir tanto amor por alguien*" (p. 136).

La centralidad del amor compasivo como único medio de superar el sufrimiento y dotarle de sentido es reflejada a lo largo del capítulo séptimo. La narración de ese amor tiene como escenario principal la que es, desde mi punto de vista, la otra gran protagonista de este libro: la familia.

En ella es donde en primer lugar ocurren esos encuentros realmente personales, y donde se generan lazos que rompen todas las barreras entre las personas, que llevan al otro, no al interior de mí, sino aún más dentro, a mi propia intimidad. El regalo de la presencia

3 Scheler, M.F., *El resentimiento en la Moral*, trad. al castellano de José Gaos, ed. de José María Vegas, Caparrós, Madrid, 1998, 94.

4 *Ibid.*, 79.

de otro en lo profundo de mi no se perturba por el dolor de la enfermedad, sino que me permite vivirla como mi propio dolor, hasta donde esto sea posible. Los actos de misericordia en que se traduce la compasión reflejan precisamente ese acoger la miseria del otro en el propio corazón, de la que antes hablábamos. Y es a través de ese “des-centrar su yo para des-vivirse por otro” (p. 137) donde uno realmente se adueña de sí mismo, y no en los actos de pretendida e ilegítima apropiación de la vida ajena.

Y entonces esa compasión creativa encuentra la manera de hacerse presente, de consolar, de acompañar. El penúltimo capítulo del libro se refiere a las formas no discursivas ni racionales de la compasión. Una caricia, una mirada, un simple “estar ahí” (p. 153) *sin hacer nada*, le devuelven al enfermo su propia identidad y el sentimiento de su dignidad personal.

Y como la compasión, según advertimos, trata tanto del dolor ajeno como de sus efectos sobre nosotros, cuando somos compasivos recibimos lo que devolvemos: El mismo sentimiento de la propia dignidad que hemos transmitido al enfermo, la paz que le procuramos, nos viene de-vuelta en el cuidado compasivo y con ella, una respuesta a la pregunta ¿quién soy yo? Como afirma García-Sánchez, en la relación entre el enfermo y su cuidador todos ganan (“Enfermos y cuidadores: *win-win*”, p. 171).

El libro de Emilio García-Sánchez tiene a mi juicio una doble virtualidad: la primera es teórica y consiste en obligarnos a reflexionar sobre cómo entendemos las relaciones interpersonales y cómo las articulamos en nuestra vida, porque este tipo de cuestiones son las que surgen

cuando pensamos en el dolor ajeno y en nuestra respuesta al sufrimiento y a la fragilidad humanas. En definitiva, qué imagen del hombre (también, por cierto, de nosotros mismos) proyectamos sobre los demás y cómo afecta esa proyección al reconocimiento del carácter personal de cada ser humano y de sus derechos básicos.

La segunda virtud de este libro es de orden práctico y consiste en lograr lo que su propio título enuncia: *Despertar la compasión*. El libro de García-Sánchez es un valioso intento de paliar esa situación que ya denunciara Ortega en su día: que a la “cultura de la cabeza” acompañe una lamentable “incultura cordial”, un auténtico “retroceso sentimental”⁵, al que hay que dar respuesta desde una razón vital, como la que se ejercita a lo largo de las páginas de este libro.

Creo que ambas son razones más que suficientes para recomendar su lectura, especialmente en las circunstancias presentes, en las que nuevas iniciativas legislativas sobre la regulación jurídica del final de la vida parecen más cerca de avalar jurídicamente ese ilegítimo *entrometerse en el dolor ajeno y apropiarse de la vida del otro* que de reafirmar la dignidad de todo ser humano y articular las estructuras jurídicas, sociales y económicas oportunas para hacer posible un auténtico *cuidado ético* del enfermo grave.

Marta Albert
Filosofía del Derecho
Universidad Rey Juan Carlos
Madrid. España
marta.albert@urjc.es

5 Ortega y Gasset, J., «Corazón y Cabeza», *Obras completas*, tomo VI, Taurus, Madrid, 2006, 208.

COLABORACIONES

LA EUTANASIA

José Miguel Serrano Ruiz-Calderón

Profesor Titular de Fº del Derecho.

Univ. Complutense, Madrid.

Eutanasia significa buena muerte. De 'eu' y 'tanatos' términos griegos que nos acompañan constantemente en nuestra lengua. ¿Quién no ha estado alguna vez en un sanatorio? En este caso la compañía es desconcertante, pues parece que no casan bien buena con muerte, pues la muerte interrumpe la vida que es lo bueno. De esta forma, no hay buena muerte a no ser que la muerte no sea lo que comunmente pensamos o que ideologizamos la muerte enmascarándola, es decir, presentándola como algo distinto de lo que es. La buena muerte queda entonces para una profundización religiosa o para un canto de exaltación guerrera o amorosa, al modo de los románticos que al no saber amar estrecharon sus brazos con el morir, como el novio de la muerte de los legionarios, figura romántica fuera de siglo. Todo esto culmina en el ¡viva la muerte!, que es el grito del desesperado; sorprendente que no lo entendiera Unamuno, tan desesperado él mismo.

De paradójico esto de la eutanasia tiene más que el nombre. Tiene también la ubicación. En efecto a los bioéticos les da por la eutanasia. No hay buen manual de bioética -ni malo- que no dedique su capítulo a la eutanasia. Y de esta forma la ética de la vida, que algo así significa etimológicamente bioética, al menos desde Potter que encontró el término, da en la buena muerte, paradoja de las paradojas (1). Esta obra de Potter, que inaugura el trayecto bioético, se llamaba "In bioethics, The science of survival", poco que ver con la muerte salvo para evitarla. Y no cabe olvidar que el primer instituto que llevó en su nombre el término bioética se llama "Instituto Joseph and Rose Kennedy para el estudio de la reproducción humana y la bioética". De nuevo poco que ver con la muerte (2). Y entonces o la bioética se ocupa de cualquier cosa con tal de que haya un trabajador sanitario por algún sitio o esto de la muerte tiene que ver con la vida de una forma esencial, que es lo que aquí pensamos. Y así la vida culmina en una buena muerte, al menos para algunos.

Los que hemos acompañado al Cristo de la buena muerte por las calles de Málaga estamos acostumbrados a la unión de dos palabras tan aparentemente contradictorias, buena y muerte. No hay mejor muerte que la que conmemoramos de forma tan peculiar. No es tanto el momento agónico, tan busca-

do por Unamuno, cantado en la Saeta que no es saeta de Antonio Machado como el momento de la aparente derrota que será pronto triunfo. Es el momento de la vida culminada de la forma que culminan todas las vidas: en la muerte. Pero una muerte que adquiere el sentido de un sacrificio salvífico, de una donación completa al otro, en este caso a todos los otros. Esta contemplación de la muerte no se detiene en el terrible momento agónico pero tampoco pasa a la contemplación idealizada del Cristo yacente. No idealiza una muerte horrible. La contempla en su íntimo misterio y la admira. Como en el Cristo de Velazquez. La muerte atrae a toda la vida y la culmina y se vuelve buena muerte. Buena muerte por trágica en el mismo instante de cesar el sufrimiento, cuando este permanece para quienes lo contemplan. Algo parecido decía Unamuno:

“Sí, hay un Cristo triunfante, celestial, glorioso; el de la Transfiguración, el de la Ascensión, el que está a la diestra del Padre, pero es para cuando hayamos triunfado, para cuando nos hayamos transfigurado, para cuando hayamos ascendido. Pero aquí, en esta plaza del mundo, en esta vida que no es sino trágica tauromaquia, aquí el otro, el lívido, el acardenalado, el sanguinolento y exangüe”(3).

Siempre hemos hablado de buenas muertes cuando estas culminan la vida, sobre todo cuando ciertas formas de muerte son requeridas para la propia supervivencia social. Nuestra tradición occidental está llena de estos ejemplos. Recordemos en que radica la superioridad espartana sobre los súbditos del Gran Rey, tal como advierte Demarato, el espartano exiliado y traidor, al propio Jerjes, en su libertad y la obediencia a la ley. Y así

ante la revista en Dorisco de todo el ejército persa, preguntado sobre si alguien podría resistir tanto poder, afirma:

“Lo mismo ocurre con los lacedemonios: en combates singulares no son inferiores a nadie, mientras que, en compacta formación, son los mejores guerreros de la tierra. Pues, pese a ser libres, no son libres del todo, ya que rige sus destinos un supremo dueño, la ley, a la que, en su fuero interno, temen mucho más, incluso, de lo que tus súbditos te temen a ti”(4).

Y no olvidemos, en consecuencia, el epitafio a los espartiatas muertos gloriosamente en las Termópilas, por la libertad de toda Grecia, prototipo de buena muerte entre los griegos, comportamiento ejemplar incluso en la derrota, pues no es el éxito toda la aspiración humana; frase en definitiva que ha conmovido a generaciones de escolares, cuando se estudiaban estas cosas, antes de la aculturación: “Caminante, informa a los lacedemonios que aquí yacemos por haber obedecido sus mandatos”(5).

Lo que a su vez había traducido Cicerón poniendo mayor acento en el motivo; es decir, en las sagradas leyes de la Patria: “Dic hospes, Spartae nos te hic vidisse iacentes, / dum sanctis patriae legibus obsequimur”.

El no cumplimiento de la ley conducía a una vida deshonorosa, como le sucedió a Aristodemo, superviviente de la batalla, al regresar a Esparta. Apodado el temblón se le niega hasta el saludo, quedando excluido de la vida ciudadana. Sin embargo, la muerte buena se encuentra y no se busca, de modo que cuando Aristodemo por reparar su falta murió temerariamente en la batalla de Platea, victoria definitiva de los griegos, se le negó el enterra-

miento junto con sus camaradas. Así al menos lo dice Herodoto en el libro IX de la Historia:

“En mi opinión, el guerrero más valiente fué, con diferencia, Aristodemo, el personaje que, por haber sido el único integrante de los trescientos lacedemonios que escapó con vida de las Termópilas, fue objeto de muestras de desprecio y deshonra; y, tras él, destacaron los espartiatas Posidonio, Filoción y Amonfáreto. No obstante, cierto día que se suscitó una discusión sobre quién de ellos había sido el más valiente, los espartiatas que tomaron parte en la batalla coincidieron en que Aristodemo, abandonando temerariamente su puesto en la formación, había realizado grandes proezas porque, debido a la acusación que se le imputaba, era evidente que quería perder la vida sea como fuere, todos esos espartiatas que murieron en dicha batalla.. recibieron honores, salvedad hecha de Aristodemo, ya que este último, como quería perder la vida por la razón que he señalado, no los recibió”(6).

La comunidad presenta a sus miembros la muerte por ella, forma esencial de pervivencia de la misma, cómo algo especialmente honroso, como algo que constituye el ‘telos’ del ciudadano. Quien mejor lo expresó fué Horacio en Od, 3, 2, 13 “Dulce et decorum est pro patria mori”, es decir “es dulce y honroso morir por la patria”.

Los griegos sin embargo no idealizan la muerte. No lo hacen en el momento de la moral del ciudadano, que es el que hemos analizado, cuando el ‘telos’ es el del ciudadano que lo sacrifica todo por su polis de la que en sentido estricto recibe todo. Como le dicen las mismas leyes al Sócrates del Critón:

“Examina, además Sócrates, si es verdad lo que nosotras decimos, que no es justo que trates de hacernos lo que ahora intentas. En efecto, nosotras te hemos engendrado, criado, educado y te hemos hecho partícipe, como a todos los demás ciudadanos, de todos los bienes de que éramos capaces”(7).

No lo habían hecho, tampoco, en el momento de la moral heroica del aristócrata, cuando el mantenimiento de la buena vida, los bienes materiales y espirituales ligados al ejercicio de la virtud heroica, exigían arrosstrar la buena muerte en combate. La muerte que a todos iguala y que destruye el disfrute de los bienes reservados al buen guerrero. Figura esta del guerrero terriblemente paradójica, expuesta a una actividad que para mantener algo fuerza a jugar permanentemente a perderlo todo. Este es el destino del guerrero. Su valor garantiza el disfrute de los bienes y el renombre pero, al mismo tiempo, conduce como elemento intrínseco a la nada de la muerte.

Muy claro está esto en la Iliada, definido-
ra de virtudes y modos de ser, cuando Glauco contesta a Diomedes Tidida que le interroga por su linaje, a fin de obtener mayor renombre en la victoria:

“¡Magnánimo Tídida! ¿Por qué me preguntas mí linaje?

Como el linaje de las hojas, tal es también el de los hombres.

De las hojas, unas tira a tierra el viento, y otras el bosque

hace brotar cuando florece, al llegar la sazón de la primavera.

Así el linaje de los hombres, uno brota y otro se desvanece”

Canto VI 145.(8)

Terrible duda aflige al guerrero enfrentado al dolor y la muerte, por un lado, y a la afrenta de no lograr lo excelente, por otro. Nadie mejor que Ulises lo expresa en la soledad del canto XI 405:

“¡Ay de mí! ¿Que va a ser de mí? El mal es grave si huyo

y me dejo intimidar por la masa. Más estremecedor es si me cogen solo, ahora que el Cronión ha puesto en fuga a los demás dánaos.

¿Pero por qué mi ánimo me ha suscitado este debate?

Sé que son los cobardes quienes se alejan del combate,

y el que se porta con bravura en la lucha debe resistir

a pie firme, tanto si lo hieren como si hiere a otro”(9)

No debemos olvidar, a estos efectos, que ‘areté’ tiene dos dimensiones distintas, una es ganar y otra sobresalir, es decir, una es la efectividad y otra la excelencia. En ningún instante como ante la muerte estas realidades muestran su posible discrepancia, armonizadas en el mundo Homérico por el ‘timos’ una circunstancia extremadamente conflictiva que tendrá gran influencia en el debate griego que el mejor no siempre obtiene la victoria, de forma que la expresión “más excelente pero perdedor”, adquiere sentido, como también lo adquiere “más excelente pero muerto”. Esto incluso en el campo del enfrentamiento dentro del ‘agon’. Es decir, dentro de un concurso formal y reglamentado, y las reglas se diseñan para dejar a cada concursante una oportunidad justa de mostrar excelencia en una actividad de un determinado tipo (10). La misma historia propor-

ciona circunstancias agonísticas, cómo indica MacIntyre en el texto citado:

“El agon formal retuvo su lugar central a lo largo de la historia griega de los siglos quinto y cuarto, se institucionalizó en los juegos olímpicos y píticos, en los concursos entre los poetas trágicos y cómicos en Atenas y en otros lugares, en los debates políticos, en los juicios en los tribunales de justicia y, más tarde todavía, en la disputa filosófica. Pero fuera de esas instituciones, el concepto de agon también encontró sus aplicaciones. Ciertos sucesos de la historia griega se recordaban porque proporcionaron ocasiones agonísticas en las que la victoria había sido una señal de la excelencia griega: las más destacadas de las cuales eran las derrotas de los persas por los atenienses en Maratón y Salamina, Pero los sucesos históricos, igualmente, mostraron la diferencia entre ser excelente y ser victorioso, el más notable de los cuales era el sacrificio espartano en las Termópilas (11).

Difícil es ponerse de acuerdo sobre lo que espera tras la muerte en las diversas etapas del pensamiento griego. A ello dedicó un poderoso esfuerzo Erwin Rohde en su “Psique”. Pero pertenezca al plan original de la Odisea o no, poco relatos resultan más escalofriantes que el viaje a los infiernos de Ulises. Y ello porque muestra el terrible destino de tanto héroe luchador por su renombre, sin quedar excluido ni el más grande, es decir, Aquiles.

La tesis de Rohde es que: “Los poemas homéricos están completamente penetrados por el convencimiento de que las almas se hunden para siempre en el reino de los muertos, privadas de conciencia y en una semieistencia remota. Carecen de la capacidad de

amar y de temer; no existe para ellas la luz del entendimiento ni nociones del ánimo y de la voluntad, no ejercen ninguna clase de poder en el mundo de los seres vivos, y por lo visto no gozan de la veneración y del respeto de los hombres (12).

Excepción parece el viaje al Hades de Ulises donde se reanuda el contacto entre vivos y muertos, y se revive -en cierto sentido- a estos últimos mediante un sacrificio de sangre. Esto ha hecho suponer que nos encontramos en una tradición extraña al grueso del poema que remite a cultos a los muertos de profundo significado. Pero, sea como fuere, lo que nos interesa es observar la situación de estos muertos en el Hades como un indicio de lo que le espera incluso al mejor tras el trágico paso por la muerte. Nada más terrible que el intento de abrazar a su madre, recogido en el canto X 204 y sgts:

"Dijo así, mientras yo por mi parte, cediendo a mi impulso, quise al alma llegar de mi madre difunta. Tres veces a su encuentro avancé, pues mi amor me llevaba a abrazarla, y las tres, a manera de ensueño o de sombra, escapóse de mis brazos. Agudo dolor me alzaba en el pecho y, dejándome oír, la invoqué con aladas palabras: Madre mía, ¿por qué no esperar cuando quiero alcanzarte y que, aún dentro del Hades, echando uno al otro los brazos nos saciemos los dos del placer de los rudos sollozos? ¿O una imagen es esto, no más, que Perséfone augusta por delante lanzó para hacerme llorar con más duelo?"(13)

Pero donde resalta con más fuerza la contradicción de la vida heroica es en el veredicto del mismo Aquiles, el héroe por excelencia,

al afirmar con desconsuelo en el canto XI 488:

"No pretendas, Ulises preclaro, buscarme consuelos de la muerte, que yo no querría ser siervo en el campo de cualquier labrador sin caudal y de corta despesa que reinar sobre todos los muertos que allá fenecieron"(14).

Esta es la tragedia del 'telos' del guerrero, que junto al enfrentamiento entre los bienes de la excelencia y los de la virtud, constituyen algunas de las contradicciones que deberá superar esta tradición, la griega, elemento básico de nuestra tradición occidental. En efecto, y como hemos dicho, hay que poner en juego la vida para ser excelente pero esto exige a su vez renunciar a todo aquello agradable que ofrece la vida al hombre y asumir la tragedia de la muerte.

Debo aclarar que no pretendo detenerme tanto en los diversos 'telos' de los que dependen los distintos modelos de virtud como en la constante referencia a la buena muerte cómo culminación de la vida, constituyéndose aquella, al mismo tiempo, en precipicio insondable en el que cae el hombre. La muerte es opción terrible, pero obligada, no sólo del guerrero sino de quien se ve impulsado a cumplir los deberes de piedad por encima de los mandatos de los hombres. Tornándose admirable a juicio de quienes le rodean pero acaso viéndose imposibilitado, por esta aceptación, a llevar una vida plena, una vida conforme al papel que ha encontrado en su comunidad. Nadie ha reflejado mejor esta situación que Sófocles en su *Antígona*, canto de la libertad frente a la tiranía, de los deberes de piedad frente a la ley de la ciudad, de la obediencia a las leyes no escritas e inmuta-

bles de los dioses frente a la voluntad del tirano, que de todas estas formas ha sido caracterizada la genial obra.

Recordemos cómo Antígona insiste en que es preferible obedecer a los dioses y cumplir con el deber de enterrar a su hermano que vivir obedeciendo a su tío Creonte. Y así le dice a su hermana Ismene (69 y sgts):

“Ni te lo puedo ordenar ni, aunque quisieras hacerlo, colaborarías ya conmigo dándome gusto. Sé tú como te parezca. Yo le enterraré. Hermoso será morir haciéndolo. Yaceré con él al que amo y me ama, tras cometer un piadoso crimen, ya que es mayor tiempo que debo agradar a los de abajo que a los de aquí. Allí reposaré para siempre. Tú, si te parece bien, desdeña los honores a los dioses”(15).

Y no duda en enfrentarse a la amenaza del tirano (449 y sgts), justificando el incumplimiento de la orden de no enterrar a su hermano castigado por traición: “Sabía que iba a morir. ¿Cómo no?, aun cuando tú no lo hubieras hecho pregonar. Y si muero antes de tiempo, yo lo llamo ganancia. Porque quién como yo viva entre desgracias sin cuento, ¿cómo no va a obtener provecho al morir? Así, a mí no me supone pesar alcanzar este destino. Por el contrario, si hubiera consentido que el cadáver del que ha nacido de mi madre estuviera insepulto, entonces sí sentiría pesar”(16).

Pero el ardor retórico cede en el momento de la muerte, que aunque buena no oculta su amargo rostro, y así Antígona lanza el terrible lamento de la vida incompleta y maldice a quien la fuerza a la opción de la buena muerte (915 y sgts):

“Y ahora me lleva, tras cogerme en sus manos, sin lecho nupcial, sin canto de bodas, sin haber tomado parte en el matrimonio ni

en la crianza de los hijos, sino que, de este modo, abandonada por los amigos, infeliz me dirijo viva hacia los sepulcros de los muertos. ¿Que derecho de los dioses he transgredido? ¿A quién de los aliados me es posible apelar? Porque con mi piedad he adquirido fama de impía. Pues bien, si esto es lo que está bien entre los dioses, después de sufrir, reconoceré que estoy equivocada. Pero si son éstos los que están errados, ¡que no padezcan sufrimientos peores que los que ellos me infligen injustamente a mí!”(17)

Muerte terrible en la vida incompleta pero quizá descanso del que ha cumplido su vida entre innumerables desgracias; condescida, en definitiva, a algunos hombres por los mismos dioses. Algo de esto se percibe en el anciano Sófocles cuando concede este descanso al anciano Edipo en su última obra. Obra de la piedad por excelencia, hacia la propia patria del poeta, beneficiada por las promesas otorgadas a quien acoga los restos de Edipo, esperanza tan necesaria cuando el desenlace de las guerras del Peloponeso se dislumbra amenazador. Piedad igualmente hacia el anciano Edipo que encuentra un descanso que es anhelado quizás por el propio Sófocles:

“Pero de qué muerte pereció aquél no podría decirlo ni uno sólo de los mortales excepto Teseo. No le mató ni el rayo portador del fuego de una deidad ni un torbellino que del mar se hubiera alzado en aquel momento. Más bien, o algún mensajero enviado por los dioses o el sombrío suelo de la tierra de los muertos le dejó paso benévolo. El hombre se fue no acompañado de gemidos y de los sufrimientos de quienes padecen dolores, sino de modo admirable, cual ningún otro de los mortales. Y si doy la impresión de que no

hablo con sensatez tampoco suplicaría a los que no les parezco cuerdo" (1656-1667)(18).

Obra ésta donde muestra el poeta su doble condición de anciano próximo a la muerte y sacerdote. Con Karl Reinhardt:

"No sin razón se ha comparado esta obra última, en más de un sentido, con la tempestad de Shakespeare por el lugar que ocupa con respecto a todo el mundo del poeta. Lo personal llega hasta la autorrepresentación, como en el canto del anciano de Colono sobre la tristeza de la vejez. Al igual que el poeta, el viejo Edipo de la obra está en el umbral que conduce al otro reino, como el mago de Shakespeare está entre el reino de los hombres y el de los espíritus. Y, sin embargo, ¡que distinta es la voz de los dioses que llaman a Edipo, de las voces de los espíritus que el mago congrega a su alrededor! El personaje de Shakespeare se aprovecha de las voces, las hechiza, las conjura, las rechaza... la voz de la divinidad que le habla a Edipo exige llegar hasta la última consecuencia. El mago de Shakespeare rompe sus hechizos y regresa para abandonar el mundo; el anciano de Sófocles termina junto a las fuerzas de la tierra que le vio para residir entre los espíritus protectores de su patria"(19).

Igualmente vuelta al sentido religioso:

"Así, finalmente, la tragedia ática retorna en cierta forma con el segundo Edipo al sentido primitivo del mimo cúltico. y, sin embargo, yacen entre este retorno y aquella forma primera no sólo la totalidad de la historia de la liberación de cualquier forma artística, de todo contenido humano, sino también el trayecto puramente individual y, al mismo tiempo, la última curva de la vejez de un poeta que también era un sacerdote"(20).

Muerte que completa la vida cansada otorgada por los dioses a los mejores, o que buscan los mejores llegado el momento de considerar la vida completa, tal cómo hace el Sócrates de Jenofonte al provocar al tribunal, en la observación cariñosa y, probablemente, algo simple que hace el ateniense de la muerte de su maestro en su breve apología (7 y sgts):

"Y aún puede ocurrir que la divinidad en su benevolencia me esté proporcionando incluso no sólo el momento más oportuno de mi edad para morir, sino también la ocasión de morir de la manera más fácil. En efecto, si ahora me condenan, es evidente que podré utilizar el tipo de muerte considerado el más sencillo por quienes de ocupan del tema, y el menos engorroso para mis amigos, al tiempo que infunde la mayor añoranza hacia los muertos, pues el que no deja ningún recuerdo vergonzoso o penoso en el ánimo de los presentes, sino que se extingue con el cuerpo sano y con un alma capaz de mostrar afecto, ¿cómo no va a ser a la fuerza digno de añoranza?"(21).

Muerte que se opone a la desesperada llamada que realiza el que es incapaz de soportar las desgracias inflingidas por el destino. Que se siente como buena ante la dureza de la vida, pero que no es buena ni conveniente, pues son los dioses quienes la administran, otorgándola cómo castigo o cómo premio. Esta vinculación divina de la muerte es esencial no sólo para considerar la buena muerte entre los griegos, o al menos entre los griegos piadosos, sino para considerar la buena muerte en cualquier momento, tal cómo intentaremos demostrar a lo largo de estas páginas; baste recordar

por el momento la respuesta que en la Antígona de Sófocles recibe el desesperado Creonte que, al haberlo perdido todo, clama por la muerte. Y así frente a las palabras del tirano: “¡Que llegue, que llegue, que se haga visible la que sea la más grata para mí de las muertes, trayendo el día final, el postrero! ¡Que llegue, que llegue, y yo no vea ya otra luz del día!”, la respuesta del Corifeo: “No supliques ahora nada. Cuando la desgracia está marcada por el destino, no existe liberación posible para los mortales”(22).

Era inevitable en este recorrido por la buena muerte introducirse en la muerte de Sócrates. No olvidemos que algunas de las mas brillantes páginas que se han escrito lo han sido para justificar el peculiar comportamiento del filósofo de Atenas, su opción decisiva de una buena muerte sobre una mala vida. Buena muerte asumida pero inflingida de forma injusta. Buena muerte para el hombre que la acepta antes de hacer nada deshonoroso, incluyéndola de esta forma en la vida como culminación, pero acto definitorio por excelencia del hombre injusto, de la comunidad injusta o incluso de un mundo injusto.

Ha sido inevitable trazar el paralelismo entre la muerte de este justo y la del justo por excelencia, Cristo. Y ha sido inevitable que quienes han justificado alguna de ellas lo hayan hecho por las razones políticas mas detestables, por los efectos no queridos pero inevitables que realizaban ambos justos en la estabilidad social, opción conservadora por excelencia, que conserva lo peor. Está pues muy claro que las tradiciones que confluyen en lo que podemos denominar, con término amplio y poco estricto, tradición occidental

remiten a la muerte de un justo inflingida de modo injusto, a la buena muerte de quien la recibe y mala muerte de quien la da. Es evidente, de todas formas, que las muertes a las que nos hemos referido son esencialmente diversas, aún desde una perspectiva puramente humana, pues es diferente el asumir la muerte para evitar hacer algo deshonoroso que entregar la vida como el buen pastor por su ovejas; en esto, como en todo, no es conveniente llevar las comparaciones demasiado lejos.

Nunca se resaltarán suficientemente la importancia de la muerte de Sócrates para la historia de la filosofía, no sólo como caso al que la ética, sobre todo, vuelve permanentemente sino por la genealogía de las corrientes dominantes de la filosofía griega. De hecho prácticamente todas las escuelas, salvo los epicureos, reivindicarán la paternidad socrática, y sus sorprendentes opciones durante el juicio serán sucesivamente justificadas por una tradición que constituye lo mejor de nuestro pensamiento occidental. En el se encuentra el fundamento del eudemonismo no instrumental, tal como afirma Gregory Vlastos en su “Sócrates”(23).

Si descartamos la explicación de Jenofonte, según la cual Sócrates aceptó la muerte antes que el destierro porque estaba cansado y se presentaba ante él la oportunidad de morir bien, en pleno uso de sus facultades, en un ideal muy griego que como veremos algo tiene que ver con la eutanasia, lo que nos queda es el Sócrates platónico, difícil de saber siempre si Sócrates o Platón en sus afirmaciones. Es un lugar común, discutido, es verdad, como todos los lugares comunes, que Sócrates es tanto más Sócrates cuanto antes nos situemos cronológicamente

en la obra del Platón; por eso, no es aventurado admitir que tanto en la Apología como en el Critón nos habla el mismo Sócrates.

Este explica su muerte cómo acto de coherencia con su vida, en un ideal que como primer referente hunde sus raíces en las virtudes guerreras y ciudadanas a las que nos hemos referido anteriormente. En ese sentido, y en Apología 28d., se expresa con claridad:

"En efecto, atenienses, obraría yo indignamente, si al asignarme un puesto los jefes que vosotros elegisteis en Potidea, en Anfípolis y en Delión, decidí permanecer como otro cualquiera allí donde ellos me colocaron y corrí, entonces, el riesgo de morir, y en cambio ahora, al ordenarme el dios, según he creído y aceptado, que debo vivir filosóficamente y examinándome a mí mismo y a los demás, abandonara mi puesto por temor a la muerte o a cualquier otra cosa"(24).

Es preferible pues morir que cometer injusticia ya que quien muere injustamente no es injusto pero el que comete injusticia sí. Esto obliga a Sócrates a alejarse de las prácticas procesales atenienses y no clamar por su vida, ni tolerar que nadie clame por él, medio por el que ilustres atenienses se habían librado del castigo capital. No debe consentir Sócrates que los jueces juzguen por emociones y no por las leyes, por lo que afirma: "Aparte de la reputación, atenienses, tampoco me parece justo suplicar a los jueces y quedar absuelto por haber suplicado, sino que lo justo es informarlos y persuadirlos. Pues no está sentado el juez para conceder por favor lo justo, sino para juzgar; además ha jurado no hacer favor a los que le parezca, sino juzgar con arreglo a las leyes. Por tanto es necesario que nosotros no os acostumbremos a

jurar en falso y que vosotros no os acostumbréis, pues ni unos ni otros obraríamos píadosamente"(25).

La preferencia por obrar justamente, aún ha riesgo de la propia vida, alcanza su máxima expresión en el caso de estar en juego la vida de otro inocente. Esto es traído a la cuestión por el propio Sócrates cuando advierte cuál va a ser su forma de comportarse durante el juicio, según el talante demostrado a lo largo de toda una vida. Sócrates, en efecto, no dudó en arriesgar la propia vida ante los treinta tiranos antes que participar en la muerte injusta de Leon de Salamina, en un caso paradigmático de vigencia del absoluto moral frente a cualquier cálculo consecuencialista:

"Pero cuando vino la oligarquía, los Treinta me hicieron llamar al Tolo, junto con otros cuatro, y me ordenaron traer de Salamina a León el salaminio para darle muerte; pues ellos ordenaban muchas cosas de este tipo también a otras personas, porque querían cargar de culpas al mayor número posible. Sin embargo, yo mostré también en esta ocasión, no con palabras sino con hechos, que a mí la muerte, si no resulta un poco rudo decirlo, me importa un bledo, pero que, en cambio, me preocupa absolutamente no realizar nada injusto e impío. En efecto, aquel gobierno, aún siendo tan violento, no me atemorizó como para llevar a cabo un acto injusto, sino que después de salir del Tolo, los otros cuatro salieron a Salamina y trajeron a León, y yo salí, y me fui a casa" (Apología 32 d)(26).

El resultado es la condena a muerte. Esta es un mal menor que haber cometido injusticia pero sigue siendo un mal, por eso Sócrates, aunque sostiene retoricamente que

el daño no es tan grave, no agradece a sus jueces la condena pues han querido perjudicarlo. En cuanto a la muerte en sí, sólo caben dos opciones. O la muerte es el final de la vida abriendo paso a la nada y, por tanto, no cabe preocuparse de ella pues en ella no se siente nada. O la muerte es una transformación, y aquí, no sabemos si Sócrates o Platón, piensa que es una transformación a mejor, pues en ella encontrará a los mejores de los hombres y, especialmente, a los que han sido condenados injustamente como él:

“La muerte es una de estas dos cosas: o bien el que está muerto no es nada ni tiene sensación de nada, o bien, según se dice, la muerte es precisamente una transformación, un cambio de morada para el alma de este lugar de aquí a otro lugar. Si es una ausencia de sensación y un sueño, como cuando se duerme sin soñar, la muerte sería una ganancia maravillosa ... Si, por otra parte, la muerte es como emigrar de aquí a otro lugar y es verdad, como se dice, que allí están todos los que han muerto, ¿que bien habría mayor que éste, jueces?” (27).

Tiempo tendremos de analizar el primer argumento que, transformado, ha sido uno de los intentos fallidos de domesticar a la muerte que más se han repetido en la historia del pensamiento, sólo debemos señalar que ninguno de los argumentos racionales consigue eliminar el misterio que rodea al acontecimiento fatal y la sensación que produce en quien la espera. El mismo Sócrates lo apunta en su despedida en la Apología: “Pero es ya hora de marcharnos, yo a morir y vosotros a vivir. Quién de nosotros se dirige a una situación mejor es algo oculto para todos, excepto para el dios” (28).

Buena muerte que completa una vida, una vida buena podemos pensar, pero conviene recordar que al ser el último acto de la vida es capaz de transformarla hasta redimirla, y esto no sólo en el martirio cristiano en que el que no niega no será negado, sino incluso en la buena muerte pagana. Así con Cicerón: “Mors honesta saepe vitam quoque turpem exornat” (Quinc, 15, 49). Es decir, una muerte honrosa, muchas veces, dignifica incluso una vida innoble. Esta afirmación sólo adquiere coherencia si la propia muerte y la muerte del otro son incluidas en la vida.

El sorprendente resultado de las diversas Apologías de Sócrates, especialmente de la platónica, es presentarnos a un Sócrates victorioso en su propia muerte, lo que supone un nuevo antecedente del martirio cristiano. De hecho tiene razón Vlastos cuando considera que Sócrates, el Sócrates literario construido por sus discípulos, es el único gran héroe griego que obtiene un triunfo final: “En la búsqueda de la felicidad los espíritus más nobles de la imaginación griega son perdedores: Aquiles, Hector, Alceste, Antígona. Sócrates es un ganador. Y tiene que serlo. Considerando la clase de felicidad que desea no puede perder” (29).

La reflexión de Sócrates sirve para introducir un problema que está latente en lo que venimos tratando, tema que no podemos resolver ahora en profundidad, pero que es indispensable abordar en el curso de esta investigación. El temor a la muerte tiene dos fases, ambas indisolublemente unidas, una primera parte de observación puramente física, el temor de la desaparición pura y dura, común a toda observación de la muerte, y otro que atañe a toda consideración trascendente

del sujeto, para quien piensa que no todo acaba con la muerte, es decir, la angustia de lo que ocurre tras este acontecimiento vital. Si la muerte es una transformación, el temor fundamental sobre ella no será tanto el tránsito que supone sino el destino de este tránsito. Ignorar este temor es descartar buena parte de la reflexión acerca de la muerte, no sólo filosófica sino prefilosófica y religiosa. Ha observado con acierto C.S. Lewis que no deja de suponer una paradoja que los hombres mas inofensivos sean los que despiertan mayores temores, es decir, que los muertos son los que mayores temores crean a los vivos, esta presencia de lo numinoso crea una base algo más que racional a buena parte de las religiones.

"Consideramos natural que el hombre primitivo hiciera algo así porque compartimos con nuestros antepasados una misma naturaleza humana, y, en ocasiones, nos imaginamos a nosotros mismos reaccionando de igual modo ante la peligrosa soledad. La reacción en cuestión es efectivamente "natural" en el sentido de que es adecuada a la naturaleza humana. Pero no es "natural" en modo alguno si con ello queremos decir que la idea de lo misterioso o numinoso está contenida en la del peligro. Tampoco la percepción del peligro, o la aversión a las heridas y a la muerte que en ocasiones entraña, proporciona ninguna idea, por ligera que sea, de temor reverencial o numinoso a una inteligencia que antes no se haya formado alguna noción de él.

El paso del miedo físico al pavor y el sobrecogimiento supone un salto cualitativo, y entraña aprehender algo que, a diferencia de lo que ocurre con el peligro, no podrían proporcionar ni los hechos físicos ni las

deducciones a partir de ellos. La mayoría de los intentos de explicar lo numinoso presupone lo que se pretende explicar. Así ocurre, por ejemplo, cuando los antropólogos lo derivan del temor a los muertos, sin explicar por qué los muertos (con toda seguridad el tipo menos peligroso de hombres) puede despertar este sentimiento"(30).

Base que transita casi de forma subterránea incluso en poemas tan aparentemente poco preocupados por la muerte como los homéricos. Con Rohde:

"La oscuridad en que aparece envuelta esta época de transición esconde a nuestros ojos el nacimiento y el desarrollo de un culto de las almas esencialmente diverso del homérico. Pero el término de la evolución lo tenemos delante de nosotros y es fácil discernir cómo se configura un culto regular de las almas y, finalmente, para darle su verdadero nombre, una creencia en la inmortalidad, en el curso de una serie de hechos que revelan en parte una recuperación de antiguos elementos de la vida religiosa, reprimidos en el periodo que antecede, y, en parte, la aparición de tendencias completamente nuevas, que asociadas a los viejos elementos restaurados producen algo distinto de los dos"(31).

No es probablemente el lugar de entrar en un análisis pormenorizado de la visión religiosa griega sobre la muerte, por otro lado me faltan los instrumentos indispensables para hacerlo con un mínimo decoro, de todas formas, sí es conveniente anotar como, desde la visión literaria, los razonamientos de los poemas épicos sobre la muerte se presentan como inscritos precisamente en el contexto épico más que en un contexto social concreto; es decir, serían una reconstrucción literaria

que guarda coherencia con un mundo heroico recreado, lo que explicaría algunas paradojas de la ausencia-presencia del culto a los muertos. Por otro lado, la explicación de Rohde, aunque de gran influencia dista de tener una aceptación pacífica (32).

El término eutanasia, y esto es obvio, no se utiliza principalmente para referirse a la buena muerte, alcanzada tras una vida virtuosa, o que completa una vida no tan virtuosa, mas bien se usa para referirse a una forma de matar a otros seres humanos o para demandar la muerte por parte de otro hombre, supuestas generalmente unas condiciones especiales. Pero es tesis central de este trabajo que la eutanasia siempre actúa sobre una concepción dominante de la vida y de como debe morir, todo lo cual impide una consideración neutral de la misma, es decir, una consideración desprovista de las valoraciones a las que antes nos hemos referido.

Todo lo anteriormente dicho incluye en la consideración de eutanasia una valoración de en qué condiciones debe matarse o cuándo la vida propia y ajena no merece vivirse, lo que sitúa a la eutanasia en el campo de las valoraciones sociales. Es decir, la eutanasia, como la interrupción voluntaria del embarazo, dista de ser un problema individual, es una cuestión social, o al menos, considerar ambas cuestiones como problemas específicamente individuales exige una consideración muy específica de lo que es una sociedad, una consideración que en terminología de MacIntyre es liberal.

La eutanasia, es en sentido estricto, una excepción al absoluto moral no matarás al inocente, muchas veces a otro inocente. En efecto en la eutanasia interviene otro, nor-

malmente un médico o un sanitario en sentido amplio, pues no llamamos habitualmente eutanasia al atarse, es decir, al puro suicidio. Esto permite hacer un primer análisis de la eutanasia sin considerar específicamente el llamado derecho al suicidio, aunque este último también debe tratarse como fenómeno específico, ligado sólo a algunas eutanasias.

Para obviar el tema de la relación entre eutanasia y el valor inviolable de la vida humana puede recurrirse a una serie de procedimientos que no dudamos en calificar de trucos. Uno de los que ha tenido más éxito es situarla más allá de la vida, supuesta una definición de vida algo evanescente, es decir, poco concreta y peligrosa. En este sentido la eutanasia acontecería, mas bien se suministraría, cuando ya no hay vida en serio, en desafortunada expresión de Dworkin. El aborto a su vez cuando todavía no hay vida, de nuevo, en serio.

"El aborto es una pérdida en el inicio de la vida humana. La muerte sobreviene antes de que la vida en serio haya comenzado. Ahora examinaremos las decisiones que los individuos deben adoptar acerca de la muerte en el otro extremo de la vida, después de que la vida en serio ha terminado. Advertiremos que las mismas cuestiones se reiteran, que las preguntas acerca de la muerte que formulamos con respecto a los dos extremos de la vida tienen mucho en común"(33).

Con lo que, si se me permite el chiste, la eutanasia y el aborto serían cuestión de broma, lo que dista de reflejar la percepción que la mayor parte de la gente tiene de ambos fenómenos. Si es cierto que la repetición de nuestras comunidades de estos actos parecen trivializarlos, lo es especialmente en

el caso del aborto que se ha trivializado hasta el extremo, aunque precisamente esta trivialización ha sido calificada como uno de los síntomas mas decepcionantes de nuestra sociedad postmoderna, uno de los peores acontecimientos de nuestro siglo desde el punto de vista de la valoración de lo humano. No hay ninguna razón para suponer que esto no sucederá de nuevo con la eutanasia, hasta convertirse en práctica habitual en nuestros hospitales con toda la carga de industrialización y deshumanización que tienen nuestros sistemas hospitalarios. Este parece ser el metodo de introducción del problema de Dworkin en su obra "El dominio de la vida" que por su contenido parece dirigirse mas bien a la administración de la muerte, o, en el mejor caso, a la administración humanitaria de la muerte, metodo que parece prefigurar la conclusión, mas bien la determina efectivamente.

El asunto dista de estar claro pues, como apunta Sciacca, en sentido estricto no hay nada mas banal que la muerte (34).

Acontecimiento inevitable de toda vida, al menos tal como la conocemos, no hay nada mas reiterado que la misma muerte. Esta puede banalizarse, de hecho esto sucede constantemente, y no me refiero a la peculiar presentación que favorecen los medios de comunicación contemporáneos, con la muerte electrónica en la distancia, que hace que todos hayamos sido testigos de las muertes mas horribles mientras comemos pacíficamente en casa, de forma que, en sentido estricto, un honesto ciudadano de una gran ciudad, incluso un niño, ha visto mas muertes que un guerrero homérico en medio de todas sus proezas. La muerte es banal, en cierto sen-

tido, para todo hombre de cualquier época. No deberíamos diferenciamos en esto de los animales, los reportajes naturalistas inciden en argumentamos en la naturalidad con la que estos aceptan la muerte inscritos en el ciclo de la vida. Pero podemos preguntamos si los animales se mueren o han visto morir a alguien pues está clara la especificidad humana de la conciencia de la muerte, Y esta especificidad es, claro está, lo que impide la banalización de la muerte entre nosotros que no por reiterada es menos terrible.

La conciencia de nuestra propia muerte que incide de forma decisiva en la valoración de la muerte ajena, que es de la que tenemos en sentido estricto conciencia. Esto es lo que produce la inadecuación de todo análisis estadístico que enmascara el dato real y vívido, sin añadir nada de lo que no tengamos permanente conciencia. Valoramos la vida y la muerte de una forma profunda, metafísica y esto excluye a su vez toda otra aproximación.

En efecto, la aproximación científica no tiene mas efecto que reducir la muerte volviéndola incomprensible.

La ciencia constata la muerte de los cientos de miles que perecen cada día, las autopsias reducen el cadáver a puro objeto; de este modo cada uno de los cientos de miles que mueren diariamente pierde el misterio de su propia muerte, la ciencia a traves de la medicina y la biología constata que el organismo humano muere de la misma forma irrelevante que mueren miles de millones de organismos en el breve lapso de un día. Esta observación desapasionada permite considerar la muerte en su utilidad social, incluso permite observarla como el único medio de que permanezca la vida, utilidad de la muerte en el

campo biológico que transmitida al campo social crea riesgos muy graves. Pues un puro análisis estadístico puede crear la falsa conciencia de una utilidad social de la muerte, no sólo de la muerte acontecida por eso que llamamos causas naturales, sino también de la muerte provocada. En un análisis puramente consecuencialista que mueran unos puede ser bueno para que vivan otros, y así se han justificado tremendos crímenes, empezando por la ejecución de Cristo pero continuando con las muertes de inocentes en la Segunda Guerra Mundial para conseguir el final de una guerra que se moraliza sólo en sus objetivos, la victoria sobre un sistema satánico, pero no en sus medios, los bombardeos sobre la población civil hasta el extremo del arma nuclear.

Cómo ha señalado Sciacca, la perspectiva filosófica no considera a la muerte como hecho sino como acto. Para la filosofía la muerte es siempre de alguien, mi muerte, tu muerte. La filosofía hace a la muerte propia y la personaliza. Esta personalización debe superar el hecho de que en sentido estricto la afirmación estoy muerto resulta imposible si no es adoptando una perspectiva trascendente, en la que en estos momentos no debemos todavía entrar. En cierto sentido, el argumento epicureo según el cual la muerte no pertenece a la vida del sujeto porque cuando estoy muerto ya he dejado de vivir, es cierto. Ahora bien, es cierto sólo si la observación de la muerte del otro es puramente exterior, si no se hace propia de algún modo. Dice Epicuro ¿por qué temer a la muerte? cuando yo soy no está, cuando está la muerte yo ya no soy. Desde el punto de vista empírico puede ser cierta pero no con-

forta nuestro espíritu ni aclara nada, en cierto sentido, no nos hace pensar sino sonreír.

Recordemos el texto epicureo, tan comentado, probablemente cómo la pieza maestra del materialismo:

"Acostúmbrate a pensar que la muerte para nosotros no es nada, porque todo el bien y todo el mal residen en las sensaciones, y precisamente la muerte consiste en estar privado de sensación. Por tanto, la recta convicción de que la muerte no es nada para nosotros nos hace agradable la mortalidad de la vida; no porque le añada un tiempo indefinido, sino porque nos priva de un afán desmesurado de inmortalidad. Nada hay que cause temor en la vida para quien está convencido de que el no vivir no guarda tampoco nada temible. Es estúpido quien confiese temer a la muerte no por el dolor que pueda causarle en el momento que se presente, sino porque, pensando en ella, siente dolor: porque aquello cuya presencia no nos perturba, no es sentido que nos angustie durante su espera. El peor de los males, la muerte, no significa nada para nosotros, porque mientras vivimos no existe, y cuando está presente nosotros no existimos"(35).

Observe cómo un razonamiento que empieza a parecerse al socrático, o platónico, en el texto de la Apología, concluye de forma diversa. Y lo hace así en cuanto pasa a considerar la muerte como el peor de los males, aunque lo hiciese cómo forma retórica, frente al Sócrates que insiste en que dista de serio. Pero discrepa también esencialmente por los presupuestos teóricos, pues la muerte sólo puede adquirir el sentido que le otorga Epicuro desde su doble presupuesto de que el fin en la vida es la sensación placentera, y

sobre los rios de tinta que ha suscitado esta afirmación poco hay que añadir, y de que el alma perece con el cuerpo. Y esto último reabre una angustia existencial difícil de superar con la argumentación epicúrea. Por ello Cicerón arguía que: "No he visto a nadie que había temido tanto cómo Epicuro lo que el niega que sea terrible: es decir, la muerte y los dioses. Donde las gentes normales no se sienten conmovidas sino en cierta medida, él proclama que el espíritu de todos los mortales está estremecido de terror"(De nat. deorum, I, 31, 86).

Y es que, como admite García Gual, aunque ciertamente más cerca de Epicuro que de Cicerón, el temor a la muerte no tiene un carácter fundamentalmente cultural sino que hay en él un carácter psicológico personal preponderante (36). Si terciamos en la polémica desde un punto de vista social, observamos cómo contempla la muerte una sociedad que como la nuestra está mucho más dominada por la perspectiva epicúrea que ciceroniana o platónica. Frente a la pretendida asunción nos encontramos con el más feroz de los ocultamientos, cierto en la propia muerte pero aún más verdadero en la muerte del otro. Y en definitiva, más exorcismo parece el argumento materialista que el espiritualista, creador, este último, de otro tipo de seguridades y de angustias.

En efecto, de la muerte no sólo tenemos conciencia en el momento existencial de morirnos, experiencia suficiente, tenemos una experiencia de la muerte del otro que dista de ser puramente existencial (37).

Los hombres no son átomos que se contemplan como otros átomos, como hechos meramente cuantificables. El otro aparece en

algunos casos como agresor, como estructura social dominadora, pero, en otros muchos casos, el otro es el próximo. La muerte de la persona amada es sentida en una forma especial por quienes son un sólo espíritu en dos cuerpos, de manera que compartimos la muerte del otro, su experiencia. No en vano la muerte del amado provoca una reacción existencial inexplicable desde la absoluta división. Utiliza Sciacca la experiencia de San Agustín, probablemente la más vivida expresión de la muerte del otro. La muerte del amigo se percibe no como un acontecimiento exterior sino como un suceso propio que provoca una reacción existencial de completa rebelión, primero de incredulidad ante el acontecimiento, tú no puedes estar muerto, luego como estupor, cómo es posible que yo siga vivo.

Recordemos las inmortales frases de Agustín: "¡Qué angustia ensombreció mi corazón! Todo cuanto veía era la muerte. Mi ciudad natal se me convirtió en un suplicio, la casa de mis padres era una desolación pasmosa. Todo lo que con él había compartido se convirtió en un tormento insufrible. Mis ojos le buscaban con ansia, por todas partes, pero estas ansias quedaban insatisfechas. Llegué a odiarlo todo, porque todo estaba vacío de él. Ya no podían decirme: 'Mira ahí está', como cuando volvía tras una ausencia (38).

El acontecimiento que contemplamos provoca una reacción metafísica que no puede producir la experiencia de la propia muerte. Por eso expresa el metafísico italiano Sciacca que la muerte del otro es el fundamento más intenso de la solidaridad humana. El momento en que ésta encuentra la mejor forma de expresarse. Es la expresión de lo auténtico frente a lo inauténtico, ocultado en el luto oficial (39).

El temor a la propia muerte se convierte, en este intenso sentido, en el temor a la decisiva desaparición del otro que pervive, quizás tan sólo en nuestro recuerdo. "Siempre tuve la impresión de que mi alma y la suya eran un alma sola en dos cuerpos. Por eso la vida me resultaba terrible. Por un lado, no me sentía con ganas de vivir una vida a medias. Por otro, le tenía mucho miedo a la muerte, quizá para que no muriera en su totalidad aquel a quien yo había amado tanto (40).

Se percibe así la separación, la evidencia de que lo que era una vida no lo es tanto, en cuanto en sentido estricto no podemos acompañar al otro en la terrible prueba a la que está sometido. Tras haber teorizado sobre el dolor en su obra "El problema del dolor", el escritor inglés C. S. Lewis lo percibe con claridad al sentir, en su senectud, lo que es el dolor personalmente vivido, tras la muerte de su esposa, cuando apenas había comenzado a disfrutar del amor en su sentido más estricto:

"Pero no, no tan unidos. Existe un límite marcado por la 'propia carne'. No puedes compartir realmente la debilidad de otra persona, ni su miedo, ni su dolor. Lo que sientes tal vez sea erróneo. Probablemente podría ser tan erróneo como lo que sentía el otro, y sin embargo, desconfiaríamos de quien nos advirtiera que era así". Para añadir a continuación: "Y esta separación, creo yo, nos está esperando a todos. He estado pensando en H. y en mí como seres peculiarmente desgraciados a causa, de nuestra separación desgarradora. Pero es posible que todos los amantes estén abocados a tal separación. Ella me dijo un día: Incluso si nos muriéramos los dos exactamente en el mismo instante, tal como estamos echados aquí ahora uno al

lado del otro, sería seguramente una separación mucho mayor de la que tanto temes. Por supuesto que ella no 'sabía', o al menos no más de lo que yo sé. Pero estaba cerca de la muerte; lo suficientemente cerca como para dar en el clavo"(41).

La muerte del otro es muy relevante en la constitución de la sociedad humana, en el establecimiento de los lazos sociales. Por eso la eutanasia adquiere su relevancia social. No es factible contemplar impasible la muerte ajena, no lo es desde la perspectiva de la propia vida culminada en la buena muerte. Por eso la eutanasia nunca es un asunto individual, aunque en alguna forma uno sólo vive la propia muerte, esto no es cierto en un sentido amplio, existencial.

En nuestro siglo, y desde una perspectiva intimista, pocos como C. S. Lewis han estudiado la muerte, más precisamente la muerte del otro. En su obra "Una pena en observación", estudia con singular crudeza el efecto de la muerte del otro, en este caso, de su mujer, la persona más amada. El proceso va desde el más puro dolor a la desesperación, desde ésta a la ascensión de la pena desde la fe, más que en el propio destino, en el destino de la persona amada.

"Nadie me había dicho nunca que la pena se viviese como miedo. Yo no es que esté asustado pero la sensación es la misma que cuando lo estoy. El mismo mariposeo en el estómago, la misma inquietud, los bostezos. Aguanto y trago saliva. Otras veces es como si estuviera medio borracho o conmocionado. Hay una especie de manta invisible entre el mundo y yo. Me cuesta mucho trabajo enterarme de lo que me dicen los demás. Tiene tan poco interés. Y sin embargo quiero

tener gente a mi alrededor. Me espantan los ratos en que la casa se queda vacía. Lo único que querría, es que hablaran ellos unos con otros, que no se dirigieran a mí”(42).

En estos momentos, y frente a lo que afirman ciertos razonamientos ideologizados, la presencia de Dios, la presencia de un dios cualquiera no sirve de consuelo, no aparece como el taumaturgo que cura inmediatamente cualquier dolor, no como el sustituto construido por el propio hombre para superar la situación:

“Y, en el entretanto, ¿Dios dónde se ha metido? Éste es uno de los síntomas mas inquietantes. Cuando eres feliz, tan feliz que no tienes la sensación de necesitar a Dios para nada, tan feliz que te ves tentado a recibir sus llamadas sobre tí como una interrupción, si acaso recapacitas y te vuelves a El con gratitud y reconocimiento, entonces te recibirá con los brazos abiertos, o al menos así es como lo vive uno. Pero vete hacia El cuando tu necesidad es desesperada, cuando cualquier otra ayuda te ha resultado vana ¿y con qué te encuentras? Con una puerta que te cierran en las narices, con un ruido de cerrojos, un cerrojo de doble vuelta en el interior. Y después de esto, el silencio. Más vale no insistir, dejarlo. Cuanto más esperes, mayor énfasis adquirirá el silencio. No hay luces en las ventanas. Debe tratarse de una casa vacía. ¿Estuvo habitaba alguna vez? Eso parecía en tiempos. Y aquella impresión era, tan fuerte como la de ahora. ¿Qué puede significar esto? ¿Por qué es Dios un jefe tan omnipresente en nuestras etapas de prosperidad y tan ausente como apoyo en las rachas de catástrofe?”(43).

Este concepto, o mejor dicho, esta experiencia del “Dios de lejos”, magníficamente recogida por el autor sagrado en el mismo “Libro de Job”, debe ser cuidadosamente considerada a la hora de reflexionar sobre la religión como consuelo de la muerte, lo que trataremos en la última parte de esta introducción. En efecto cabe que Dios se presente con un aspecto terrible, un gran burlador del hombre, que juega con él, absolutamente inexcusable en su designio, al que apenas cabe aplacar y en ningún caso confiar: “No es que yo corra demasiado peligro de dejar de creer en Dios, o por lo menos no me lo parece. El verdadero peligro está en empezar a pensar tan horriblemente mal de Él. La conclusión a que temo llegar no es la de: ‘Así que no hay Dios, a fin de cuentas’, sino la de: ‘De manera que así es como era Dios en realidad. No te sigas engañando’”(44).

Si la muerte del otro adquiere relevancia universal para todo hombre, la tiene especialmente para un determinado tipo de hombres, para aquellos que han hecho profesión de cuidar la salud de los otros pero también, y esto es un dato de especial importancia, para quienes acompañan especialmente a los hombres en su momento final. La muerte del otro se relaciona especialmente con el ‘telos’ del médico, es decir con el conjunto de virtudes que acompañan a la profesión médica, con el fin personal y social en que se expresa la profesión, palabra ésta, profesión, cargada de enorme significado. De esta forma la opción eutanásica, si marca decisivamente a una comunidad, lo hace especialmente con la profesión médica. La eutanasia, incluso en la forma edulcorada, disfrazada, en la que la presentan sus partidarios convierte al médi-

co en administrador de la muerte, modificando su función respecto a la función tradicional. Por eso no conviene olvidar que toda legalización de la eutanasia produce algunos efectos necesarios que estudiaremos en su momento. Entre estos es uno de los mas relevantes la modificación de la función del médico, incapaz de mantenerse en la perfección de su práctica, que es corrompida de forma inevitable. Esta corrupción de la práctica, no lo olvidemos, nos conduce a la dificultad de alcanzar una vida moral a través de la misma. En esta línea se manifiesta el bioético italiano Tettamanzi (45).

La eutanasia exige a su vez una modificación de la concepción general sobre la vida y la muerte. Es, como veremos, producto de las transformaciones sociales que han marcado la disolución de nuestra tradición occidental. En el caso médico está muy relacionado con la introducción de la lógica productiva en esta función. Esta lógica, evidentemente no sólo modifica el 'telos' médico sino toda la percepción social. Esto ha observado L. Ciccione cuando dice que:

"El progreso científico, especialmente, en el campo de la física, abre el camino hacia descubrimientos y aplicaciones tecnológicas que aceleran el proceso de industrialización. Este, a su vez, pilotado por teorías económicas que absolutizan la ley del beneficio, acaba por hacer tambalearse a todo el sistema social y económico, pero también a la cultura que lo impregnaba y a los valores que, desde hace siglos, se habían sedimentado en nuestra cultura. Pierden su vigencia no sólo valores históricamente cristianos, sino también valores humanos fundamentales, que en una civilización profundamente cristiana for-

maban de hecho un cuerpo único con el mensaje cristiano"(46).

Esta introducción es inevitable pues nuestra sociedad no deja ni un sólo ámbito fuera de esta colonización por parte de la lógica productiva. Nuestra sociedad de consumo, en definitiva, consume y hace consumible el momento de la muerte. Y es que hay varios elementos en la tecnología que la hacen extraordinariamente definidora de la actividad sobre la que se aplica. Comenzando por el hecho de que la tecnología permite al hombre sólo unas pocas acciones, es decir, no permite hacer al hombre lo que quiere. Lo que en definitiva hace al hombre muy dependiente del sistema tecnológico en su vida cotidiana (47).

La transformación es observable en el paso de una mentalidad pretecnológica a una tecnológica, especialmente cabe detenerse en el caso de las colectividades. Cuando en una colectividad se introducen procedimientos tecnológicos capaces de sustituir actividades que hasta este momento se realizaban de manera pretecnológica, estos tipos de actividad desaparecen y con ellas gradualmente desaparecen toda una serie de capacidades, habilidades, sentimientos, modos de ser y relaciones humanas que la acompañaban; en este sentido se dice que la introducción de la tecnología afecta a la identidad cultural de países del Tercer Mundo (48).

El nuevo poder médico, ligado a la tecnocracia y desligado de todo criterio ético que no sea estrictamente consecuencialista, utiliza la eutanasia, y deja entonces de ser médico aunque conserva el nombre como tapadera o coartada. En este sentido, ya dijimos en otra sede que como manifestación de ese

poder, el caso más severo al que nos podemos referir es el de la eutanasia activa de enfermos irreversibles. Así, para la autorización de la solicitud del enfermo, o sus familiares, es relevante el criterio del médico o del equipo médico. En estas circunstancias extremas, se han reflejado casos de procedimientos judiciales instados por hospitales en contra del parecer de la familia para conseguir la eutanasia activa de algún paciente supuestamente irrecuperable (49).

Si la lógica médica introduce el concepto de rentabilidad del efecto respecto a la inversión realizada, de forma predominante y casi exclusiva, como ocurre entre nosotros, la salida eutanásica debe plantearse de forma inevitable. Véase a estos efectos el siguiente párrafo, introducción de Dworkin a su postura comprensiva respecto a la eutanasia:

“Sin embargo, muchos pacientes inconscientes no pueden decidir acerca de cómo morir. Algunos accidentes y enfermedades dejan a sus víctimas en coma, o en lo que los médicos denominan estado vegetativo persistente. Sea como sea, están inconscientes -aunque muchos pacientes en estado vegetativo persistente pueden abrir y mover sus ojos- y los centros más profundos de sus cerebros han sido dañados permanentemente en una forma que descarta cualquier retorno a la consciencia. No pueden experimentar sensaciones ni pensar. Tienen que ser cuidados y movilizados, lo que es difícil porque frecuentemente tienen espasmos. Pero si se les alimenta y suministra agua mediante tubos pueden vivir indefinidamente. Un especialista ha estimado que, actualmente, en Estados Unidos existen entre cinco mil y diez mil personas en esas condiciones. El costo de mante-

nerlos varía de un estado a otro y según la institución ha sido estimado dentro de un margen que va desde aproximadamente dos mil a diez mil dólares por mes”(50).

Sirva el texto como prueba de la introducción de la cuantificación, no como parámetro del amplio margen de cálculo que se otorgan los expertos, (entre cinco y diez mil).

En efecto la mentalidad tecnológica se opone a la consideración ética no sólo por su indiferencia respecto a los fines, y la supuesta neutralidad de la técnica, sino por su desconocimiento del carácter de sacralidad ligado al deber moral, ignorancia que ante el enfermo objeto de manipulación y experimentación alcanza a la propia sacralidad de la vida humana (51). Es el paso sucesivo a la primera manifestación de esta forma de entender las cosas, el ensañamiento terapéutico. Por ello, considero erróneo vincular el ensañamiento a la fonna tradicional cristiana de entender la vida y la muerte. Es un producto de la mentalidad productiva, valga el juego de palabras. Por eso no existe la alternativa eutanasia/ensañamiento terapéutico, son dos efectos sucesivos de una misma causa. La relación entre ambas prácticas es estrictamente cultural y se relaciona con la voluntad de poder, de controlar la muerte, el último reto del hombre dominador (52).

Esta relación, sin embargo, no justifica el segundo momento, eutanasia, por razón del primero, el encarnizamiento terapéutico, ni, desde luego, supone identificar dos acciones que consisten en actos diversos con valoraciones morales diversas (53). Aclarar esto es importante para encuadrar adecuadamente la discusión que esta teniendo lugar entre nosotros, para lo que es esencial a su vez dar

cuenta del conjunto de transformaciones que marcan la radical diferencia que existe entre la forma correcta de entender las cosas según nuestra tradición, que es por otra parte la que da mejor cuenta de la realidad, y la forma dominante de entender la realidad en la sociedad postmoderna.

De lo expuesto se deduce que la eutanasia no admite sin más una respuesta deontológica, sino que la deontología de la práctica médica debe incardinarse en unos parámetros determinados, que por supuesto no son arbitrarios sino que aspiran a integrar la perfección del médico en la vida social, y ésta en la integración de unos valores que den cuenta de lo que es el fin del hombre. Por eso toda reconstrucción deontológica será tachada de parcial según el peculiar criterio de imparcialidad que sostienen las posiciones dominantes en las sociedades liberales. Sirve así de ejemplo algún intento de reconstruir el juramento hipocrático que ha tenido lugar entre nosotros, que se ve obligado, como no podía ser menos, a romper en primer lugar la neutralidad más querida por nuestros dominadores, es decir, la neutralidad ante la trascendencia. El juramento interconfesional, y por tanto confesional respeto a fórmulas anti o arreligiosas, propuesto por "The Value of Life Committee", de Brighton comienza así:

"Yo juro en la presencia del Todopoderoso y delante de mi familia, mis maestros y mis colegas que, según mi capacidad y mi juicio, guardaré este Juramento y cada una de sus cláusulas"

Y respecto a nuestro tema dice:

"Seguiré el método de tratamiento que según mi capacidad y juicio, me parezca el mejor para beneficio de mi paciente, y me

abstendré de toda acción dañosa o malintencionada. Nunca prescribiré ni administraré a ningún paciente, aún cuando me lo pidiese, una medicina en dosis letal, y nunca aconsejaré cosa semejante; ni haré nada, por acción u omisión, con el propósito directo y deliberado de acabar con una vida humana"(54).

Aparece aquí de forma impertinente la trascendencia, y es que muerte y trascendencia tienen una relación intrínseca, imposible de obviar cuando se tratan estos temas, por más que alguno se empeñe, para ser neutral o para no enterarse de nada, que viene a ser lo mismo.

Notas bibliográficas:

1. El término es bien reciente, de 1970. Van Rensselaer Potter, "In bioethics: The science of survival", *Perspectives in Biology and Medicine*, 1970, pag 120-153. En 1973 y en los estudios Hastings se le da carta de disciplina: D Callahan. "Bioethics as a discipline", *Hastings Center Studies*. I.

2. No es el primer instituto que se ocupa de la bioética, el primero, aunque no lleva el nuevo término en su razón fue el "Institute of society ethics and the life sciences", llamado Instituto Hastings y que fue fundado en dicha localidad en 1969.

3. "El Cristo español", en "Los Lunes de El Imparcial", Madrid, 10 de mayo de 1909. Tomo III de la obras completas, Escelicer, Madrid, 1966, pag 276

4. Herodoto, "Historia", Libro VII, 104, 4. Manejo la edición de Carlos Schrader, "Historia de las guerras médicas", Vol II, Gredos, Madrid, 1988.

5. Herodoto, "Historia". Libro VII, 228. 2, Vol II de la edición citada, Gredos, Madrid 1988.

6. Herodoto, "Historia", Libro IX, 71, 2, Vol III de la edición citada de Carlos Schrader.

7. Platón, "Critón", en "Dialogos I", ed de J Calonge,

E Lledo y C García, Gredos, Madrid, 1981 3 reimp, 1990, 51 d.

8. Manejo la edición de Emilio Crespo Guemes, Gredos, Madrid, 1991.

9. "Iliada". Edición de Emilio Crespo Guemes, Gredos, Madrid, 1991.

10. Alasdair MacIntyre, "Justicia y racionalidad", trad de Alejo José G. Sison, Ediciones Internacionales Universitarias, Barcelona, 1994 pag 43.

11. Alasdair MacIntyre, "Justicia y racionalidad", trad de Alejo José G. Sison, Ediciones Internacionales Universitarias, Barcelona, 1994, pag 44.

12. Erwin Rohde, "Psique. El culto de las almas y la creencia en la inmortalidad entre los griegos". Ed de Manuel Crespillo. Agora. Málaga. 1995, pag 152.

13. Homero, "Odisea", ed de Manuel Fernández Galiano y José Manuel Pabón, Gredos, Madrid, 1982.

14. "Odisea", ed citada, Gredos, Madrid, 1982.

15. Cito la edición de las tragedias de Sófocles de José S Lasso de la Vega y Assela Alamillo, Gredos, Madrid, 1981 2 reimp 1992.

16. "Antígona", ed citada, Gredos, Madrid, 1981.

17. "Antígona", ed citada, Gredos, Madrid, 1981.

18. Sófocles, "Edipo en Colono", ed citad, Gredos, Madrid, 1981.

19. Karl Reinhardt, "Sófocles", trad de Marta Fernández-Villanueva, Destino,

Barcelona, 1991, pag 259-260.

20. Karl Reinhardt, "Sófocles", ed cit, pag 260.

21. Jenofonte, "Apología de Sófocles", cito la edición de "Recuerdos de Sócrates. Económico. Banquete. Apología de Sócrates", de Juan Zaragoza, Gredos, Madrid, 1993. Recordemos como termina el discípulo el elogio del perdido maestro, "Por mi parte, cuando pienso en la sabiduría y nobleza del espíritu de aquel hombre, ni puedo dejar de recordarlo ni, al acordarme de él, puedo dejar de elogiarle. Si algun de las que aspiran a la virtud tuvo trato alguna vez con alguien más beneficioso que

Sócrates, considero que tal hombre debe ser tenido por muy feliz."

22. "Antígona", en Tragedias, ed de José Lasso de la Vega y Assela Alamillo, Gredos, Madrid, 2 reimp, 1992, 1328 sgts.

23. Gregory Vlastos, "Socrates. Ironist and moral philosopher". Cambridge

University Press, Cambridge, 1991, pag 10.

24. Platón, "Diálogos I", ed de J Calonge, E. Lledó y C. García, Gredos, Madrid, 1981, 3 reimp. 1990.

25. "Apología", ed citada, Gredos, Madrid, 1992.

26. "Apología", ed citada, Gredos, Madrid, 1992.

27. "Apología", ed citada, Gredos, Madrid, 1992. 40 d.

28. "Apología", ed citada, 42a.

29. Gregory Vlastos, "Socrates. Ironist and moral philosopher", Cambridge

University Press, Cambridge, 1991, pag 235.

30. C.S. Lewis, "El problema del dolor", trad esp de José Luis del Barco, Rialp, Madrid, 1994, pag 28.

31. Erwin Rohde, "Psique. El culto de las almas y la creencia en la inmortalidad entre los griegos", ed eps de Manuel Crespillo, Agora, Málaga, 1995, pag 310.

32. "No hay pruebas en Homero de nada que se aproxime a un culto a los muertos aunque tal culto existía probablemente antes y, desde luego, existió poco después de la composición de la Iliada. El punto de vista homérico parece ser específico de tradición literaria de la épica". James M. Redfield, "La tragedia de Héctor", trad Antonio Desmonts, Destino, Barcelona, 1992, pag 431, nota 16.

33. Ronald Dworkin, "El dominio de la vida. Una discusión acerca del aborto, la eutanasia y la libertad individual", versión española de Ricardo Caracciolo y Víctor Ferreres, Ariel, Barcelona, 1994. pag 232.

34. Michele Federico Sciacca, "Morte e immortalità", en opere, III, L'Epos,

Palermo, 1990, pag 97.

35. Epicuro, "Carta a Meneceo" en Obras, trad. de Monserrat Jufresa, Tecnos, Madrid, 1991.

36. Carlos García Gual, "Epicuro", Alianza, Madrid, 1981, pag 183.
37. Michele Federico Sciacca, "Morte e immortalità", en opere, III, L'Epos, Palermo, 1990, pag 101.
38. San Agustín, "Confesiones", Libro IV, 4, 9, manejo la traducción de José Cosgaya, BAC, Madrid, 1987.
39. Michele Federico Sciacca, "Morte e immortalità", en opere, III, L'Epos, Palermo, 1990, pag 105.
40. San Agustín, "Confesiones", Libro IV, 6, 11, manejo la traducción de José Cosgaya, BAC, Madrid, 1987.
41. C.S. Lewis, "Una pena en observación", trad Carmen Martín Gaité, Anagrama, Barcelona, 1994, pag 22-23.
42. C.S. Lewis, "Una pena en observación". trad Carmen Martín Gaité, Anagrama, Barcelona, 1994, pag 9.
43. C.S. Lewis, "Una pena en observación", trad Carmen Martín Gaité, Anagrama, Barcelona, 1994, pag 12-13.
44. C. S. Lewis, "Una pena en observación". trad Carmen Martín Gaité, Anagrama, Barcelona, 1994, pag 13
45. Dionigi Tettamanzi, "Bioetica. Nuove frontiere per l'uomo", PIEMME, Casale, Monferrato, 1987, 2 ed, 1 reed 1991, pag 442.
46. L. Ciccione: "La ética y el término de la vida humana", en Manual de Bioética General, Aquilino Polaino, Ed. Rialp, Madrid, 1993, pag. 426-427.
47. Evandro Agazzi, "Il Bene, il Male e la Scienza", Rusconi, Milán, 1992, pag. 111.
48. Evandro Agazzi, "Il Bene, il Male e la Scienza", Rusconi, Milán, 1992, pag. 112.
49. José Miguel Serrano Ruiz-Calderón, "Bioética, poder y derecho", Publicaciones Facultad de Derecho de la UCM, Madrid, 1993, pag 71.
50. Ronald Dworkin, "El dominio de la vida", trad de Ricardo Caracciolo y Víctor Ferreres, Ariel, Barcelona, 1994, pag 244.
51. Evandro Agazzi, "Il Bene, il Male e la Scienza", Rusconi, Milan, 1992, pag 113.
52. Dionigi Tettamanzi, "Bioetica. Nuove frontiere per l'uomo", PIEMME, Casale Monferrato, 1987, 2 ed, 1 reed 1991, pag 459. Del mismo autor "Eutanasia, l'illusione della buona morte, Casale Monferrato, 1985
53. Dionigi Tettamanzi, "Bioetica. Nuove frontiere per l'uomo", PIEMME, Casale Monferrato, 1987, 2 ed, 1 reed 1991, pag 460
54. Traducción tomada de "Cuadernos de Bioética", vol VII, n° 25, 1ª 1996, pag 123.

TEMA DE ESTUDIO: EUTANASIA O ATENCION MEDICA

EL PACIENTE TERMINAL Y LA ÉTICA DE LA MEDICINA PALIATIVA

Prof. Gonzalo Herranz

Departamento de Bioética, Universidad de Navarra

Los médicos necesitamos reflexionar a fondo, hablar mucho entre nosotros, del paciente terminal y de los cuidados a los que es acreedor. La Medicina paliativa es hoy una magnífica realidad, pero, sobre todo, es una gran esperanza. Lo es para los enfermos terminales. Pero también lo es para la Medicina entera. No podemos olvidar que, en el campo de la técnica y de la ética de los cuidados paliativos, se librará la batalla más decisiva para el futuro de nuestra profesión. En ella, se fijará el rumbo de la Medicina del futuro: el que la Medicina siga siendo un servicio a todos los hombres, y a cada hombre individual, incluidos los incurables y moribundos; o que la Medicina se convierta en un instrumento de ingeniería socioeconómica al servicio de los poderosos.

Ese es el relieve singular que tiene el problema que vamos a examinar. Se ha repetido hasta la saciedad, machaconamente, en cada coyuntura de la historia, que el momento presente era el más decisivo que se hubiera vivido jamás. Quizá siempre ha habido un exceso de énfasis en tal afirmación, pero muy pocas veces se ha visto la Medicina en su larga

historia en una disyuntiva que ponga en juego tan a fondo su identidad. Y la razón es ésta: la eutanasia, para un número creciente de seres humanos, está dejando de ser un problema, porque se está convirtiendo en la gran solución.

Y esa no es una idea de minorías progresistas, para discutir en pequeños grupos ilustrados: empieza a ser, en muchas sociedades dominadas por una mentalidad rudamente utilitarista, el parecer mayoritario. No es cosa sólo de Holanda. Las encuestas de opinión, con todos sus defectos metodológicos y de interpretación, están constatando un crecimiento continuado, persistente, del número de los que creen que el homicidio compasivo o la ayuda médica al suicidio son la solución más humana y digna que se puede ofrecer a ciertos sujetos. Ese es, además, el credo de la mayoría de los profesionales que trabajan en los medios de opinión.

Ellos han ido difundiendo, por todas partes, una visión progresista, atractiva, de la eutanasia. El tema está abierto en nuestra sociedad. Cada uno de nosotros ha de echar un pulso, en su propia conciencia, en el seno de la profesión, en el campo abierto de la sociedad, al problema ético de la eutanasia, entrar en esta apuesta, nunca mejor dicho, a vida o muerte.

En España, hace ahora un año, se empezó a discutir en el Congreso de los Diputados el

articulado del Proyecto de Nuevo Código Penal. La disolución del Parlamento y la convocatoria de nuevas elecciones generales dejó sin efecto lo hecho hasta entonces. Todos ustedes recordarán que, cuando se hizo público el texto de Proyecto, hubo comentarios y discusiones muy acaloradas en los medios de opinión acerca de algunos nuevos delitos configurados en el nuevo texto legal, tales como la criminalidad ecológica, el narcotráfico, la difamación, y el tráfico de influencias). Pero, y esto es curioso, nadie prácticamente llamó la atención sobre el párrafo 4 del artículo 149 que suponía un alarmante abaratamiento penal del homicidio de los enfermos graves, equivalente de facto a una generosa liberalización de la eutanasia.

La Medicina paliativa es la única respuesta válida al tremendo desafío de la eutanasia. Esa es la razón por la que nuestro tema de esta tarde es urgente y apasionante. Para poner un poco de orden en lo que voy a decir, trataré sucesivamente de cuatro cuestiones:

Describiré primero, tomando como punto de referencia una regulación de la eutanasia como la del aludido Proyecto de Nuevo Código Penal español, la situación que se crearía con la despenalización de la eutanasia. Trataré, a continuación, brevemente, de los textos deontológicos relativos a la Medicina paliativa. Procuraré, en tercer lugar, esbozar las bases éticas de los cuidados paliativos. Terminaré con una refutación deontológica de la eutanasia y una defensa deontológica de la atención paliativa.

1. La despenalización de la eutanasia y sus consecuencias

El tan mentado Artículo 149.4 del Proyecto legal crea una figura penal nueva a la que,

a mi modo de ver, conviene la designación técnica de "homicidio por enfermedad". Decía así: *El que causare o cooperare activamente con actos necesarios a la muerte de otro, por la petición expresa y seria de éste, en el caso de que la víctima sufriera una enfermedad grave que hubiera conducido necesariamente a su muerte, o que produjera graves padecimientos permanentes y difíciles de soportar, será castigado con la pena inferior en uno o dos grados a las señaladas en los números 2 y 3 de este artículo.* Y en los números 2 y 3 de este artículo se decía: 2. *Se impondrá la pena de prisión de dos a cinco años al que coopere con actos necesarios al suicidio de una persona.* 3. *Será castigado con una pena de prisión de seis a diez años si la cooperación llegare hasta el punto de ejecutar la muerte.*

Este tipo nuevo y especial de homicidio, no necesariamente médico, quedaba definido por la convergencia de dos circunstancias: una, la petición de muerte que hace la víctima; la otra, el sufrir una enfermedad grave, de pronóstico infausto, o causante de sufrimientos permanentes y difíciles de soportar. La extramedicalización del nuevo delito podría, a los médicos, dispensarnos de la tarea de prestar más atención al tema. Pero es inevitable que, en todo homicidio por enfermedad, haya un médico por el centro del escenario.

No hace falta ser experto en derecho penal, para percibir que la situación que crearía la nueva legislación sería alarmante por su inseguridad e indeterminación. En primer lugar, porque la pena con que se trata de disuadir al presunto autor del homicidio por enfermedad es muy ligera: la reducción en uno o dos grados con respecto a las asignadas, respectivamente, a la ayuda al suicidio consumado y a la cooperación a los actos previos al

suicidio, a lo que hay que sumar las obvias circunstancias atenuantes previstas en la misma ley, convierten la pena del homicidio por enfermedad en una de prisión de seis meses a tres años, en el caso más perverso imaginable, o en un arresto de uno a seis fines de semana, en el caso más leve: todo dependerá del dictamen de los jueces. Siendo tradición que, en los juicios por eutanasia, la defensa del inculpado es capaz de persuadir a los jueces (y todavía más a los jurados, si éstos se introducen en nuestro sistema judicial) del altruismo, la piedad y compasión con que aquel ha actuado, la regla suele ser el veredicto final de inocencia. Es de suponer que en las causas de asesinato por enfermedad, no les será muy difícil a los abogados acumular suficientes circunstancias eximentes o atenuantes de la responsabilidad criminal, que excusen la pena o la reduzcan a su nivel mínimo. La entrada en vigor de un artículo redactado en los términos citados equivaldría, a corto plazo, a una despenalización de facto de la eutanasia.

Que la despenalización estaba en cierto modo en la voluntad del legislador se deduce de un dato colateral: el texto del artículo tenía un carácter inconcreto, nebuloso. No señalaba qué cautelas había de tomar el autor del homicidio por enfermedad para asegurarse del carácter expreso y serio de la petición de su víctima. La tolerante regulación sobre la eutanasia, vigente desde diciembre pasado en Holanda, es mucho más estricta en este sentido: exige que la eutanasia sea realizada por un médico; que la petición proceda de un paciente competente, que ha de reiterarla a lo largo de una semana como mínimo, que la documentará mediante un escrito firmado en presencia de testigos; exige la opinión concor-

dante de otro médico, llamado en consulta y no implicado en la atención del paciente, que, además de evaluar el estado psíquico del paciente, ha de confirmar que la enfermedad se encuentra en su fase terminal, que causa un nivel intolerable de sufrimiento, que es resistente a las terapéuticas del momento, y que no existen tratamientos eficaces que puedan ofrecerse como alternativa a la muerte compasiva. El proyecto español considera que basta una "petición expresa y seria". Pero, todos lo sabemos: una petición, apasionada y conmovedora, de muerte puede hacerla un enfermo bajo los efectos de un cansancio crónico, de un insomnio tenaz, de una disnea agobiante, de un estado nauseoso, o de una depresión no diagnosticada o deficientemente tratada. Una petición expresa y seria de muerte puede ser la consecuencia de una terapéutica incompetente del dolor u otros síntomas, o del abandono afectivo por parte de familiares y cuidadores. Incluso puede hacerla el enfermo como recurso psicológico y dramático para centrar sobre sí la atención de los demás, o como represalia por desatenciones presentes o agravios pasados.

No se dice en el Proyecto qué se ha de entender objetivamente por "enfermedad grave que hubiera conducido necesariamente a la muerte o que produjera graves padecimientos permanentes y difíciles de soportar", ni se determina a quien corresponde hacer ese juicio. Dejarlo a la subjetividad debilitada del paciente puede ser una irresponsabilidad, incluso desde una óptica relativista. Ni siquiera se exige que la enfermedad haya alcanzado su fase terminal; sólo se habla de enfermedades de pronóstico necesariamente fatal. Pero ¿a qué plazo? El pronóstico médico es falible, incluso para profesionales muy experimenta-

dos y competentes. Dejar en manos del paciente la decisión de pedir que se ponga fin a su enfermedad, aunque sea grave, necesariamente fatal y productora de padecimientos permanentes y difíciles de soportar, es como dejarle al alcance de la mano un revólver cargado. Además, muchos pacientes pueden ser manipulados por sus allegados: el homicidio por enfermedad puede ser solicitado por enfermos persuadidos o coaccionados por parientes agotados afectiva o físicamente. Puede constituir una vía indirecta de conceder a la gente permiso legal para librarse de la carga que suponen ciertos enfermos difíciles de soportar.

Sólo quien no conoce por experiencia inmediata a los enfermos puede pretender que su subjetividad tan herida sirva de base firme donde basar un precepto legal de esta importancia. El paciente queda investido por ley de una autonomía extrema. Pero, ¿está realmente en condiciones de ejercerla? Aceptemos que la enfermedad de pronóstico infausto o difícil de sobrellevar está ahí. Pero muchos enfermos nunca podrán verla como una realidad objetiva. La muerte dulce se convierte para ellos en un derecho que pueden pedir, y que, con el tiempo, terminarán por exigir. Si entrara en vigor la ley, ¿cuánto tiempo podrían resistir los médicos, al principio, las peticiones -más adelante, las exigencias- de homicidio que les dirijan pacientes y familiares? La penalización legal sería tan mínima y llevadera, y la indulgencia de los tribunales tan segura, que al médico que objetare a la ejecución del homicidio por enfermedad se le podría tener por hombre poco humano, o por un hipócrita cruel. Los médicos sabemos lo exagerados que son algunos pacientes ante el sufrimiento. Pero ignoramos todavía cuán al-

taneros se podrían tornar a la hora de imponer su "cuasi-derecho" al homicidio por enfermedad.

La aprobación de una ley tolerante de la eutanasia significa la sentencia de muerte de la Medicina paliativa. Y eso sería, a mi modo de ver, una pérdida irreparable, en lo científico y en lo ético. Por eso, nos conviene ahora considerar nuestro segundo punto: la fundamentación ético-deontológica de la Medicina paliativa. Empecemos pues por examinar

2. Los textos deontológicos relativos a la Medicina paliativa

En realidad, no debiera existir una Deontología específica del paciente terminal. Este es un enfermo más, que no queda excluido de la regla universal de no discriminación, consagrada por todos los Códigos de conducta profesional, por la que el médico y la enfermera están obligados a cuidar con la misma conciencia y solicitud a todos los pacientes sin distinción por razón de nacimiento, raza, sexo, religión, opinión o cualquier otra condición o circunstancia personal o social. Este precepto es razón suficiente para trasvasar a la Medicina paliativa toda la riqueza de la Deontología general. Hay, sin embargo, algunos textos deontológicos, relativos a la Medicina paliativa, que merece la pena recordar. Son, de una parte, la Declaración de Venecia de la Asociación Médica Mundial. Tenemos de otra, los artículos que le consagra el Código de Ética y Deontología médica. Es interesante también la Declaración sobre la Eutanasia, que, en 1987, publicó la Comisión Central de Deontología.

Así dicen los párrafos que nos interesan de la Declaración sobre enfermedad terminal, adoptada por la 35ª Asamblea Médica Mun-

dial, en Venecia, Octubre 1983.

1. *El deber del médico es curar y aliviar en la medida de lo posible el sufrimiento, teniendo siempre a la vista los intereses de sus pacientes.*

2. No admitirá ninguna excepción a este principio, ni siquiera en caso de enfermedad incurable o de malformación.

3. Este principio no impide que se apliquen las reglas siguientes:

3.1. El médico puede aliviar al paciente los sufrimientos de la enfermedad terminal si, con el consentimiento del paciente o, en el caso de no poder expresar su propia voluntad, con el de su familia, suspende el tratamiento curativo. Tal suspensión del tratamiento no libera al médico de su deber de asistir al moribundo y de darle los medicamentos necesarios para mitigar la fase terminal de su enfermedad.

3.2. El médico se abstendrá de emplear cualquier medio extraordinario que no reportara beneficio alguno al paciente.

El Capítulo VI del Código de Ética y Deontología médica introduce algunas nociones de aplicación inmediata a nuestro tema. Todavía en un terreno general, el Artículo 25.1 señala que *no es deontológico admitir la existencia de algún periodo en que la vida humana carezca de valor*. La vida terminal del hombre, por tanto, posee un valor inestimable, no inferior al de ninguna otra fase de la vida humana. Ya, más específicamente, el Artículo 28.1 condena la eutanasia: *El médico nunca provocará intencionadamente la muerte de un paciente ni por propia decisión, ni cuando el enfermo o sus allegados lo soliciten ni por ninguna otra exigencia. La eutanasia u 'homicidio por compasión' es contraria a la ética médica*. Es, sin embargo, el artículo 25.2 el que nos concierne de modo especial, pues, al mismo tiempo que

rechaza enérgicamente la obstinación y la inutilidad terapéutica, impone el deber deontológico de la atención paliativa al paciente terminal. Dice así: *En caso de enfermedad incurable y terminal, el médico debe limitarse a aliviar los dolores físicos y morales del paciente, manteniendo en todo lo posible la calidad de una vida que se agota y evitando emprender o continuar acciones terapéuticas sin esperanza, inútiles u obstinadas. Asistirá al enfermo hasta el final, con el respeto que merece la dignidad del hombre*.

El Código Deontológico de la Enfermería Española, de 1989, es más expresivo, más explícito. Su artículo 18 establece más explícitamente la dignidad ética de la atención paliativa: *Ante el enfermo terminal, la Enfermera/o, consciente de la alta calidad profesional de los cuidados paliativos, se esforzará por prestarle hasta el final de su vida, con competencia y compasión, los cuidados necesarios para aliviar sus sufrimientos. También proporcionará a la familia la ayuda necesaria para que puedan afrontar la muerte, cuando ésta ya no pueda evitarse*.

Tenemos, por último, la Declaración sobre la Eutanasia que, en 1987, la Comisión Central de Deontología hizo pública a la vista de la inquietud creada entonces por el activismo pro-eutanasia. De ella, extraigo los fragmentos que nos interesan hoy: (...) *La asistencia médica al moribundo es uno de los más importantes y nobles deberes del médico (...) el médico está obligado a desempeñar su genuina función de ayudar y atender al morir de sus pacientes por medio de un tratamiento competente del dolor y de la angustia. Ha de empeñarse en procurar el mayor bienestar material; ha de favorecer, según las circunstancias, la asistencia espiritual y el consuelo humano al moribundo; prestará también su apoyo a los allegados de éste. El médico también dignifica la muerte cuando se abstiene de trata-*

mientos dolorosos e injustificados y cuando los suspende, porque ya no son útiles".

Así, pues, la conducta de los profesionales de la salud ante el enfermo terminal viene definida por los deberes de no discriminarle y de atenderle con solicitud. No podrán provocar la muerte, pero deberán abstenerse de tratarle agresivamente con terapias inútiles. Nunca menospreciarán la vida de sus enfermos, pero aprenderán a respetar la vida aceptando la inevitabilidad de la muerte. Hay, por tanto, deberes profesionales positivos: aliviar el sufrimiento físico y moral, mantener en lo posible la calidad de la vida que declina, ser guardianes de la dignidad de todo ser humano y del respeto que se le debe, procurar que la atención paliativa no quede marginada de los avances científicos que provienen de la experimentación biomédica. Y hay también deberes profesionales negativos: quedan taxativamente prohibidas la eutanasia. Y también los gestos terapéuticos carentes de razonabilidad y buen juicio, que buscan una curación ya imposible y que pueden instaurarse por ignorancia, por interés comercialista, o por razones políticas. Estos son los textos básicos de la deontología paliativa, sobre los que médicos y enfermeras deberíamos reflexionar con frecuencia.

De esa reflexión podemos extraer una larga lista de puntos de examen. El que yo colocaría en primer lugar es el deber de mejorar, mediante proyectos de investigación bien diseñados y colaborativos, la calidad de los cuidados paliativos. Son precisamente la compasión por los pacientes y la apertura a la totalidad del hombre (el individuo entero, la familia, la comunidad) lo que crea un panorama dilatadísimo a la investigación y, en consecuencia, al servicio profesional. Son

mandatos éticos a los que hay que responder

- la evaluación constante de la validez de los cuidados que se administran;

- la estratificación de la atención a los enfermos incurables en medidas paliativas y terminales;

- la extensión del beneficio de la atención paliativa específica a todos los posibles candidatos a recibirla, esto es, a los muchos incurables que sufren enfermedades largas y dolorosas;

- la optimización de la relación costes/beneficio de los cuidados paliativos

- el desarrollo de métodos formales e informales de enseñar la ciencia y el arte general de los cuidados paliativos. Muy en consonancia con la mentalidad tecnocrática de gran parte de la Medicina académica, se observa una visible ausencia de los cuidados paliativos en el curriculum médico.

- el desarrollo de enseñanza postgraduada, en las Escuelas de Medicina y Enfermería, que proporcione los conocimientos, el crecimiento psicológico, las habilidades técnicas y las actitudes humanas que se necesitan para la atención paliativa y permitan una relación confiada y correcta dentro del equipo interprofesional. No puedo menos de citar aquí el espléndido compendio, titulado *Cuidados Paliativos. Recomendaciones de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos*, que acaba de publicar la Secretaría General Técnica del Ministerio de Sanidad y Consumo, destinado a los médicos generales. Su estudio es una obligación moral.

Es, como vemos, un panorama espléndido el que ofrece la investigación paliativa: no necesito justificar que, por referirse los cuidados paliativos, directa o indirectamente, a sujetos vulnerables, ha de concederse una im-

portancia preponderante al análisis ético de los proyectos de esta área tan importante de la investigación biomédica.

Baste lo dicho como breve comentario a los textos deontológicos de los cuidados paliativos. Pasemos ahora a considerar

3. Los fundamentos éticos de la Medicina paliativa

La Medicina paliativa, además de ser parte del buen oficio del médico generalista e instrumento esencial de ciertas especialidades, ha alcanzado ya el rango de especialidad médica, una especialidad de elevada calidad científica y profesional. De hecho, es Medicina genuina y reconocida. Y aunque no tiene necesidad de ser legitimada, conviene, sin embargo, profundizar en el tema, pues, como ya señalé antes, hoy ciertos sectores profesionales y sociales, que ofrecen la eutanasia como la solución más eficiente y racional, ponen en duda la utilidad y la eficiencia de la Atención paliativa, en razón de su baja rentabilidad, cuando las cosas se miden con el metro biológico de las tasas de curación o de supervivencia, con criterios éticos exclusivamente utilitaristas, o mediante cocientes de costo/beneficio o de años de vida evaluados por calidad.

La Medicina paliativa se apoya, a mi modo de ver, sobre dos pilares básicos de la Ética médica. Uno es el respeto ético de la debilidad, que debe ser aceptada y protegida como parte del existir humano. El otro es el carácter limitado, finito de las intervenciones médicas agresivas, que han de dejar paso a los cuidados paliativos como respuesta sabia y compasiva a la enfermedad terminal. Merece la pena considerarlos en detalle.

a. El respeto y protección de la debilidad.

La cuidados paliativos se aplican a pacientes desahuciados, terminales. Unas veces, su ruina es prevalentemente física y caracterizada por el avance incontenible del fallo orgánico. Otras veces, lo más saliente es el deterioro de la vida de relación, la demencia, el estado vegetativo persistente. El médico sabe que ya no puede recuperar esas vidas y devolverles la salud. ¿Cómo ha de vérselas en esas situaciones?

Gana partidarios desde hace unos años, dentro y fuera de la Medicina, la opinión de que hay seres humanos tan empobrecidos por la enfermedad y el dolor, a los que no sólo se les han de denegar las intervenciones curativas, ya inútiles, sino que ha de anticipárseles la muerte mediante la eutanasia o la suspensión de los cuidados mínimos.

Se ha sugerido recientemente que se puede hallar una vía media entre los defensores de la intangibilidad de la vida y los promotores de la eutanasia voluntaria y de la ayuda médica al suicidio en la aceptación, por parte de médicos, enfermeras y familias, del rechazo, espontáneo o inducido, por parte del paciente de la nutrición y la hidratación, ya sea oral o parenteral. Se ha querido incluso justificar tal conducta como respetuosa de la libre decisión del paciente, en la diferencia ética que se da entre matar y dejar morir, entre actos y omisiones, entre lo que el paciente pide y lo que rechaza, entre muerte natural por inanición y muerte provocada por otros medios o causas y, en particular, en el convencimiento que muchos comparten que la muerte por inanición y deshidratación no necesariamente va acompañada de sufrimiento: al contrario, algunos, dentro y fuera de la

Medicina, afirman que suele presentar un carácter en apariencia analgésico, plácido y confortable, en contraste con el sufrimiento que pueden provocar los intentos de mantener permeables las líneas venosas, las sondas nasogástricas o, incluso, las nuevas gastrotomías percutáneas endoscópicas.

Es cierto que en las horas que preceden al mismo momento terminal de la vida, la nutrición y la hidratación pueden considerarse inútiles: basta entonces el confort paliativo simbolizado en el humedecer los labios resecaados. Pero en los pacientes que no se están muriendo, la decisión de suspender la nutrición y la hidratación implica graves preocupaciones éticas. El médico es consciente entonces de que la muerte no puede atribuirse ya a los factores biológicos de la enfermedad terminal, inasequibles al del control terapéutico, sino a la suspensión de unas medidas que, por su naturaleza, se sitúan entre el ordinario trato humano hacia el enfermo y los artificios médicos. Alguien, no sin un punto de humor, ha argumentado que el prototipo, técnico y ético, de la alimentación artificial es el biberón del lactante. En todo caso, aunque el artificio fuera tratamiento, el alimento no lo es.

Mantener la nutrición y la hidratación en el paciente no moribundo no es una prolongación injusta y artificial del sufrimiento, aunque aquel pida que se suspenda. Ceder con demasiada facilidad a las peticiones autónomas del paciente tiende a eclipsar la naturaleza profesional de la Medicina y la Enfermería: vocaciones que sirven al hombre de acuerdo con un entendimiento profundo del valor de la salud y de la vida humana, que trata primariamente de satisfacer las genuinas necesidades del paciente, no de compla-

cer servilmente sus deseos y caprichos. Es crucial el diálogo con el paciente para concertar su legítimo control sobre los tratamientos con las exigencias objetivas de la ciencia y la ética profesional. El exceso de servilismo ante las exigencias de la autonomía del paciente tiende a hacer de la Medicina una mera actividad mercenaria.

Si los profesionales de la salud no son esclavos del paciente, tampoco son sus dueños. Su papel es juzgar sobre la capacidad de los medios de que disponen, no del valor de las vidas que les son confiadas. Algunos médicos, sin embargo, consideran que hay vidas tan carentes de calidad y dignidad, que las tienen por no merecedoras de atención médica ni de consuelo humano. Tal actitud supone, además de una subversión total de la tradición ética de las profesiones sanitarias y de toda la cultura occidental, una apostasía del futuro.

La razón es patente: uno de los elementos más fecundos y positivos, tanto del progreso de la Medicina como del de la sociedad, ha consistido en comprender que los débiles son importantes. De esa idea nació precisamente la civilización y también la Medicina. Pero, a pesar de casi dos milenios de influencia cultural judeocristiana, el respeto y el servicio a los débiles siguen encontrando resistencia en el interior de cada uno de nosotros y en el seno de la sociedad. Hoy, el rechazo de la debilidad se está aceptando y ejerciendo en una escala sin precedentes.

Ser débil era en la tradición deontológica cristiana título suficiente para hacerse acreedor de respeto y protección. Hoy, para gentes de mentalidad libertaria e individualista, la debilidad es estigma que marca para la destrucción programada. Y, para conseguirlo,

tratan de cambiar los fines de la Medicina. Ésta, nos dicen, ya no puede tener como fin exclusivo curar al enfermo o, al menos, aliviar sus sufrimientos y consolarle. El consultorio del médico u las salas del hospital han de funcionar como talleres de reparación: o arreglan más o menos satisfactoriamente los desperfectos que la enfermedad causa en el cuerpo y en el alma del hombre, o asignan al no-tratamiento o al depósito de la chatarra a los condenados a vivir una existencia precaria y terminal. La Medicina se convierte así en instrumento de ingeniería social, en herramienta de la nueva mentalidad, ilustrada y aristocrática, del bienestar y de la alta calidad de vida.

Necesitamos, como médicos, comprender que nuestro primer deber ético, el respeto a la vida, toma de ordinario una forma especial, específica: el nuestro es un respeto a la vida debilitada. En toda relación con nuestros pacientes, el respeto a la vida está unido de forma casi constante a la aceptación de la vulnerabilidad y fragilidad esencial del hombre, y, muchas veces, al reconocimiento de la inevitabilidad de la muerte, de algo contra lo que no se puede, ni es lícito, luchar. No tenemos que vérnoslas con sanos y fuertes, sino con enfermos y débiles, con seres humanos que viven la crisis de estar perdiendo su vigor físico, sus facultades mentales, su vida. El respeto ético de médicos y enfermeras que administran cuidados paliativos es respeto a la vida doliente, declinante; su trabajo consiste en cuidar de gentes en el grado extremo de debilidad.

Delante del enfermo terminal hay que resolver un enigma: el de descubrir y reconocer en el paciente terminal toda la dignidad de un ser humano. La enfermedad terminal tiende

a eclipsar la dignidad: la oculta e incluso la destruye. Si la salud nos da, en cierto modo, la capacidad de alcanzar una cierta plenitud humana, estar enfermo supone, de mil modos diferentes, una limitación de la capacidad de desarrollar el proyecto de hombre que cada uno de nosotros acaricia. Una enfermedad sería, incapacitante, dolorosa, que merma nuestra humanidad, y mucho más la enfermedad terminal, no consiste sólo en trastornos moleculares o celulares. Tampoco podemos reducirla al recorrido vivencial de las fases que marcan las reacciones del enfermo ante la muerte ineluctable. Por encima de todo eso, la situación terminal constituye una amenaza a la integridad personal, que pone a prueba al enfermo en cuanto hombre. De ahí, su necesidad de conocer la verdad.

Los médicos no deberíamos olvidar ésto al estar con nuestros enfermos. Nuestra asistencia no se puede reducir a una simple operación técnico-científica. Incluye siempre una dimensión interpersonal: trata no sólo de evitar el dolor y de paliar los síntomas que provienen de estructuras y funciones biológicas que se arruinan, sino también de suprimir la amenaza de soledad y de indefensión, de comunicar paz y calor humano.

Res sacra miser. Con esta denominación de origen cristiano-estoico, recuperada por Vogelsanger, se expresa de modo magnífico la especial situación de la humanidad del enfermo en el campo de tensiones de la enfermedad terminal. Traduce de maravilla la coexistencia de lo sagrado y dignísimo de toda vida humana con la miseria causada por la enfermedad. Cuando al enfermo se le considera a esta luz, como algo a la vez digno y miserable, podemos reconocer su condición a la vez inviolable y necesitada. Este es, en mi

opinión, el primer fundamento ético de los cuidados paliativos.

Alguien ha señalado que la expresión paliativo, según un uso antiguo y felizmente abandonado, viene a significar que algo debe ocultarse, disimularse, como cuando se lleva una capa con capucha, un *pallium*. Hoy, la noción de paliación exige una sinceridad franca. La debilidad no debe ocultarse como algo indigno, sino reconocerse públicamente, por todos, como parte y herencia de la humanidad. Y, sin embargo, la pretensión de ocultar y negar la flaqueza es algo muy actual. La mentalidad hedonista, intolerante al sufrimiento y a la minusvalía, lo mismo que las filosofías evolucionistas de la supervivencia biológica y social del mejor dotado, o la praxis de la lucha competitiva por el poder y la oportunidad, y, finalmente, el énfasis en la economía acelerada de producción-consumo, llevan en sí mismas el germen del desprecio del enfermo, el débil, el improductivo. Muchos piensan hoy que la eutanasia es la conducta más coherente ante el número creciente de ancianos, víctimas muchos de ellos paradójicas del progreso médico, consumidores, ávidos pero ineficientes, de los recursos finitos destinados a la atención de salud, pues consideran que no se debe gastar el dinero en enfermos terminales e irrecuperables, para los que la facilitación de la muerte es una alternativa ética y económica tan válida como pueda serlo el respeto a la vida. Estamos a poca distancia ya de hacer oficial la ética nietzscheana: el cuidado y la compasión por el débil y por quien es poca cosa son propios de una moral de esclavos, de una humanidad decadente y empobrecida en sus instintos. Se impone la ética de la voluntad, de la fuerza, del poder.

Y sin embargo, la tradición ética de la Medicina nos dice que el respeto médico por el paciente ha de ser proporcionado a la debilidad de éste: el paciente terminal tiene un derecho privilegiado a la atención del médico, a su tiempo, a su capacidad, a sus habilidades, pues hay una obligación de atender a cada uno tal como es, sin discriminarle por ser como es.

Todos nosotros necesitamos revisar con frecuencia cuál es nuestra actitud ante el principio ético de no-discriminar. A mis alumnos, suelo ofrecerles una prueba, dada a conocer Paul E. Ruskin, para que analicen sinceramente si es sólido su compromiso de no discriminar.

Ruskin pidió, en una ocasión, a las enfermeras que participaban en un curso sobre 'Aspectos psicosociales de la ancianidad' que describieran sinceramente cuál sería su estado de ánimo si tuvieran que asistir a casos como el que les describía a continuación: *Se trata de una paciente, que aparenta su edad cronológica. No se comunica verbalmente, ni comprende la palabra hablada. Balbucea de modo incoherente durante horas, parece desorientada en cuanto a su persona, al espacio y al tiempo, aunque da la impresión que reconoce su propio nombre. No se interesa ni coopera en su propio aseo. Hay que darle de comer comidas blandas, pues no tiene piezas dentarias. Presenta incontinencia de heces y orina, por lo que hay cambiarla y bañarla a menudo. Babea continuamente y su ropa está siempre manchada. No es capaz de caminar. Su patrón de sueño es errático, se despierta frecuentemente por la noche y con sus gritos despierta a los demás. Aunque la mayor parte del tiempo parece tranquila y amable, varias veces al día, y sin causa aparente, se pone muy agitada y presenta crisis de llanto inmotivado.*

La respuesta que suelen ofrecer los alumnos es, en general, negativa. *Cuidar a un paciente así sería devastador, un modo de dilapidar el tiempo de médicos y enfermeras*, dicen unos. Los más motivados señalan que *un caso así es una prueba muy dura para la paciencia y la vocación del médico o de la enfermera. Desde luego, si todos los enfermos fueran como el caso descrito, la especialidad geriátrica sería para médicos y enfermeras santos, pero no para médicos y enfermeras comunes*. Cuando se les dice que estas respuestas son, además de incompatibles con la Ética de no discriminar, notoriamente exageradas e injustas con la realidad, los comentarios suelen ser de desdén o rechazo. La prueba de Ruskin termina haciendo circular entre los estudiantes la fotografía de la paciente referida: una preciosa criatura de seis meses de edad. Una vez sosegadas las protestas del auditorio por sentirse víctimas de un engaño, es el momento de considerar si el solemne y autogratificante compromiso de no discriminar puede ceder ante las diferencias de peso, de edad, de expectativa de vida, o ante los sentimientos subjetivos que inspira el aspecto físico de los distintos pacientes, o si, por el contrario, ha de sobreponerse a esos datos circunstanciales. Es obvio que son muchos los estudiantes y los profesionales que han de cambiar su modo demasiado sensorial, sentimental, de ver a sus enfermos. Han de convencerse de que la paciente anciana es, como ser humano, tan digno y amable como la niña. Los enfermos que están consumiendo los últimos días de su existencia, y los incapacitados por la senilidad y la demencia, merecen el mismo cuidado y atención que los que están iniciando sus vidas en la incapacidad de la primera infancia.

Pasemos ahora pasar a considerar la se-

gunda columna sobre la que se apoya el arco de la Atención paliativa:

b. El carácter finito de las intervenciones agresivas

Es esencial que los médicos acertemos a reconocer los límites prácticos y éticos de nuestro poder. No nos basta saber que, de hecho, ni somos todopoderosos técnicamente ni lo podemos arreglar todo. Hemos de tener presente que hay límites éticos que no debemos sobrepasar, porque nuestras acciones serían, además de inútiles, dañosas. Dos cosas nos son necesarias para esto: la primera es tener una idea precisa de que, a pesar de su agresividad y eficacia, llega un momento en que nuestros recursos y actuaciones son inoperantes, inevitablemente finitos; la segunda, comprender que ni la obstinación terapéutica ni el abandono del paciente son respuestas éticas a la situación terminal: sí lo es, en cambio, la Atención paliativa.

Se está trabajando ahora activamente en definir, en protocolos clínicos y en términos éticos, la noción de inutilidad médica. Hay una inutilidad diagnóstica, lo mismo que hay una inutilidad terapéutica. Lo que establece la posibilidad de que se de un ensañamiento diagnóstico, lo mismo que hay un ensañamiento terapéutico. La frontera entre la recta conducta paliativa y el error del celo excesivo no está clara en muchas situaciones clínicas. Tampoco conocemos exactamente el rendimiento de muchas intervenciones nuevas. Siempre habrá una franja más o menos ancha de incertidumbre, en la que será necesario decidir en la indeterminación e inclinarse por ofrecer al paciente el beneficio de la duda. Pero médicos y enfermeras tendrán siempre

a la vista en su trabajo que, inevitablemente, llegará a un punto en que las ganancias de sus intervenciones serán desproporcionadamente exiguas en relación con el sufrimiento que provocan o el gasto económico que originan.

Para no perder su orientación ética, su sentido del relieve y la profundidad, en todo el curso de su relación con el enfermo terminal, el médico que aplica cuidados paliativos ha de ver a su paciente con una visión binocular. Han de mantener despierta la conciencia hacia el hecho fundamental de que están delante de un ser humano: de que su relación con el enfermo es una relación de persona a persona, cuyas aspiraciones, deseos y convicciones han de ser tenidos en cuenta y cumplidos en la medida de lo razonable. Esa relación personal ha de extenderse también a los allegados del enfermo. Eso ha de verlo el médico con su retina sensible a lo humano y personal de su paciente.

Pero, al mismo tiempo, ha de atender el médico a las necesidades y límites de la precaria biología del paciente terminal, de la vida que se va apagando. Con su ojo científico, ha de ver debajo de la piel del paciente terminal una entidad biológica gravemente trastornada. El paciente no puede ser reducido nunca a un mero conjunto de moléculas desarregladas o de órganos desconcertados, o a un sistema fisiopatológico caótico y arruinado. Pero es esas cosas y, a la vez, un ser humano. La visión binocular del médico ha de integrar, superponer, la imagen de ese sistema fisiopatológico lesionado más allá de toda posibilidad de arreglo, con la de ese ser humano al que no se puede abandonar, al que hay que respetar y cuidar hasta el final.

Ahí está la grandeza y el riesgo de la Atención paliativa. Ver simultáneamente al

hombre, para seguir delante de él, y ver simultáneamente el naufragio de su biología, para abstenerse de tomar medidas inútiles. Siempre el médico necesita de esa doble visión, pues lo exige su doble condición de cuidador de los hombres y de cultivador de la ciencia natural. La evaluación clínica de los parámetros bioquímicos, el seguimiento de las constantes funcionales, simbolizan ese elemento objetivo en la relación médico-enfermo, que, por su propia naturaleza, exige el máximo desasimiento posible de toda vínculo emocional o afectivo. No se puede ser un buen profesional sanitario si, en ese momento científico, objetivizante, no se dejara a un lado la compasión y la empatía, para poder calcular con objetividad y ecuanimemente cuáles han de ser los términos apropiados en que se ha de intervenir.

Los indicadores científico-objetivos sentencian en un momento que el proceso de desajuste fisiopatológico es ya irreversible, que se ha iniciado la fase terminal, sin vuelta atrás, de la enfermedad. Se ha de abandonar entonces la idea de curar, para emplearse en el oficio, muy exigente de ciencia, de competencia y de humanidad, de paliar, de cuidar. El acto de reconocer que ya no hay nada curativo que hacer puede ser duro, pero es una manifestación neta y profunda de humanidad, una acción ética elevada, veraz y lleno de solicitud. Puede ser una coyuntura muy difícil de aceptar por el paciente y su familia, que pone a prueba su confianza en el médico. El paciente puede entonces sentir la necesidad de contar con una segunda opinión y nunca deben ponerse trabas a que se llame a un colega competente.

La gente va entendiendo cada vez mejor que su confianza en quienes le atienden ya no

se puede basar principalmente en que el médico les complazcan con su simpatía campechana e indulgente. Eso es muy conveniente, incluso necesario. Pero a los enfermos les hace falta también la objetividad científica del médico, la fiabilidad de sus conocimientos, su competencia técnica, su familiaridad con los métodos de diagnóstico y tratamiento aceptados, su templada renuncia a lo inútil, y, llegado el caso, su dominio de los cuidados terminales.

4. La Atención paliativa, vacuna contra la eutanasia

También entre médicos y enfermeras hace sus prosélitos el activismo pro-eutanasia. A juzgar por lo que dicen ciertas encuestas sociológicas, hay, entre los profesionales de la salud, un sector que acepta la idea de que está justificado, e incluso de que es virtuoso o moralmente obligado, poner término a ciertas vidas humanas carentes de calidad. Y algunos de ellos están dispuestos a hacerlo, ya sea mediante la administración de medicamentos eutanáticos, ya por medio de la suspensión de la nutrición y el aporte de líquidos. Si no lo hacen, es por los riesgos legales en que pueden incurrir.

¿Qué pasaría si entrara en vigor una legislación que autorizara la eutanasia, que despenalizara en la práctica el homicidio por enfermedad?

Mi tesis es clara: cualquier legislación tolerante de la eutanasia, por muy restrictiva que pretenda ser en el papel, provoca una brutalización creciente de la atención médica, pues la degrada en lo ético y la empobrece en lo científico.

La decadencia ética no es difícil de calcu-

lar. En la dinámica de la permisividad legal, despenalizar la eutanasia empieza por significar que matar sin dolor es una forma excepcional de tratar ciertas enfermedades, que sólo se autoriza para situaciones extremas y muy estrictamente reguladas. Pero, sin tardanza, inexorablemente, por efecto del acostumbramiento social y del activismo pro-eutanasia, la despenalización termina por significar que matar por compasión es una alternativa terapéutica aceptada de hecho. Y tan eficaz, que los médicos no pueden moralmente rehusarla. La razón es obvia: la eutanasia -una intervención limpia, rápida, eficiente al cien por ciento, indolora, compasiva, mucho más cómoda, estética y económica que el tratamiento paliativo- se convierte en una tentación invencible para ciertos pacientes y sus allegados. Y para algunos médicos también, pues la muerte dulce de alguno que otro de sus enfermos les ahorra mucho tiempo y esfuerzo: el que invierten en seguir día a día el caso, en paliar sus síntomas, en visitarle, en acompañarle en el difícil momento final.

Despenalizada la eutanasia, lo grave, para los médicos, es que sus virtudes específicas -la compasión, la prevención del sufrimiento, el no discriminar entre sus pacientes- se vuelven contra ellos, de modo que se ven impulsados por sus propias virtudes profesionales a la aplicar cada vez con más celo esta terapéutica suprema: no puede negar a un paciente la muerte liberadora que, en circunstancias semejantes, han dado ya a otros; ni pueden retrasar para más tarde lo ya ahora se presenta como el remedio máximamente eficaz. El concepto de enfermedad terminal se ensanchará más cada vez; las indicaciones de la eutanasia se irán haciendo más extensas y precoces.

Quien haya sucumbido a la tentación de la muerte dulce y ejecutado una eutanasia, o se arrepiente definitivamente, o ya no podrá dejar de matar. Porque si es éticamente congruente consigo mismo, y cree que está haciendo algo bueno, lo hará en casos cada vez menos dramáticos y saltándose, en nombre de la ética, las barreras legales. Porque si la ley, como parece probable en las leyes de eutanasia de primera generación, sólo autoriza la eutanasia o la ayuda al suicidio a quien la pidiera libre y voluntariamente, ¿qué razones podrá aducir el que la haya practicado conforme a la ley, para negarla a quien es incapaz de pedirla, pero cuya vida está más degradada o es mucho más cargosa para los demás? Está seguro de que, indudablemente, el demente, el que duerme en el coma irreversible, la víctima en estado vegetativo crónico, la pedirían si tuviesen un momento de lucidez. Autorizada la eutanasia, las virtudes del médico se vuelven contra él. Por muy cuidadoso que sea de la autonomía de sus pacientes, por mucho que respete su capacidad de elección, si piensa que hay vidas tan carentes de calidad que no merecen ser vividas, concluirá que a veces sólo queda una cosa que escoger: la muerte del extremadamente débil. Si un médico o una enfermera consideraran que la eutanasia es remedio superior a la atención paliativa, no podrían evitar convertirse en mandatarios subjetivos de los pacientes terminales. Ante un paciente incapaz de expresar su voluntad razonan así en su corazón: "Es horrible vivir en esas condiciones de precariedad biológica o psíquica. Yo no querría vivir así. Eso no es vida. Es preferible morir. Por tanto, decido que lo mejor para ellos es la muerte dulce". Pero el utilitarista juzga que hay casos en que el de-

seo de seguir viviendo de ciertos paciente puede ser irracional y caprichoso, pues tienen por delante una perspectiva detestable. Razona así: las vidas de ciertos pacientes capaces de decidir son tan carentes de calidad, que no son dignas de ser vividas. El empeñarse en vivirlas es un deseo injusto, que conlleva un consumo irracional de recursos, económicos y humanos: ese dinero y ese esfuerzo laboral podrían ser mucho mejor empleados. Es muy fácil expropiar al paciente de su libertad de escoger seguir viviendo.

Cada día que pasa me convengo de que los cuidados paliativos encierran una ética de gran densidad: es en sí misma una dimensión de la Medicina que cultiva y enriquece los valores éticos más íntimos y básicos. Es, además, el antídoto que nos puede preservar contra la tentación, temible y atractiva a la vez, de la eutanasia.

Un antídoto de gran eficacia. Aun el médico y la enfermera más íntegros y rectos necesitan protegerse contra los excesos de sus virtudes. Despenalizar la eutanasia equivaldría a sumir a la Medicina en la enfermedad autoagresiva de la compasión falsificada. La obligación de respetar y de cuidar toda vida humana es una fuerza moral maravillosa e inspiradora. Con ella, hemos de desarrollar la teoría y la práctica de la Atención paliativa, científica y humana, que desarraigue de nuestros hospitales el error escandaloso del ensañamiento terapéutico y que haga resaltar, por contraste, la fría inhumanidad que, disfrazada de compasión, se oculta en la eutanasia.

Si los médicos trabajaran en un ambiente en el se supieran impunes tanto si tratan como si matan a ciertos pacientes, se irían volviendo indiferentes hacia determinados

tipos de enfermos, y se mustiaría la investigación en vastas áreas de la Patología. Porque si al paciente senil o al que sufre la enfermedad de Alzheimer se les aplica como primera opción la muerte dulce, ¿quién puede sentirse motivado a estudiar las causas y mecanismos del envejecimiento cerebral o la constelación de factores que determinan la demencia? Si al paciente con cáncer avanzado se le ofrece la cooperación al suicidio como terapia válida de su enfermedad, ¿quién se va a interesar por los mecanismos de la diseminación metastática, por los trastornos metabólicos inducidos por los mediadores de la caquexia? Todo el esfuerzo mental y moral, la tensión, a veces agotadora, por cumplir el precepto hipocrático de buscar el bien del paciente - "Haré cuanto sepa y pueda para beneficio del enfermo, y me esforzaré por no hacerle daño o injusticia"- sufriría, en una sociedad tolerante a la eutanasia, una atrofia por desuso.

He de concluir. Los valores científicos de la Medicina sufren un empobrecimiento cuando parte de ellos son absorbidos en la eutanasia. Y lo sufre también la humanidad entera, que se ve expropiada de la muerte. Porque la eutanasia, si se generalizara, se convertiría en la solución final al misterio insondable de la muerte. La muerte ya no será destino personal, sino un simple gesto técnico rutinario, ejecutado pulcramente.

Los médicos que, en hospitales y domicilios, aplican con humanidad y ciencia los cuidados paliativos están haciendo mucho por la Ética de las profesiones sanitarias. Los cuidados que prodigan están salvando a la Medicina del gran peligro de convertirla en cómplice de los fuertes contra los débiles. Muchas gracias.

(Conferencia inédita, pronunciada en el Colegio Oficial de Médicos de Santa Cruz de Tenerife, en marzo de 1994)

LA CUESTIÓN DE LA EUTANASIA EN ESPAÑA. CONSECUENCIAS JURÍDICAS

EUTHANASIA IN SPAIN. JURIDICAL CONSEQUENCES

José Miguel Serrano Ruiz-Calderón

Filosofía del Derecho. Facultad de Derecho

Universidad Complutense

direcciona@ieb.es

Resumen

El debate sobre la eutanasia en España está mediatizado por un caso tipo, similar al que se utilizó en Estados Unidos con *Roe versus Wade*. Este es el caso Sampedro. Por razón del sistema de fuentes español, preferentemente continental, este caso buscó más la influencia política que la resolución jurídica. En su trayecto judicial, las resoluciones, tanto en instancias nacionales como internacionales, fueron contrarias a las pretensiones de Sampedro pero, en general, no abordaron las razones sustantivas por las que no debería aceptarse la retirada del Estado en caso de homicidio compasivo. El debate tuvo efectos en España en la Comisión Senatorial sobre la eutanasia, que se manifestó globalmente en contra, y en la legislación sobre voluntades anticipadas, también opuesta a la eutanasia. Por la presión mediática, especialmente en el cine, el tema ha seguido en discusión, siendo la posición del actual Gobierno ambigua respecto a la posibilidad de legalización.

Palabras clave: eutanasia, España, consecuencias jurídicas.

Abstract

The debate about the euthanasia in Spain has been channelled by the showcase situation of the quadriplegic Ramón Sampedro, made recently famous by the movie

«The Sea Inside», similar to the way that abortion was presented in the case *Roe vs. Wade* in the United States. Spanish legal system follows the continental system not the anglosaxon jurisprudence. For this reason, the case looks for the politic influence rather than the legal solution. Both Spanish and international legal decisions in Sampedro's case, were opposed to his desires but, in general, they did not attack the main reasons for which the State should not accept the basis for mercy killings. In Spain, the debate made effect in the Euthanasia Senatorial Commission, which decided globally against euthanasia and in the legislation concerning living wills, also opposed to the euthanasia. Due to the mass media pressure, especially the movies, discussion has gone on, with the ambiguous position of the current government regarding its possible legalization.

Key words: euthanasia, Spain, juridical consequences.

1. La situación jurídica española: el Código de 1995

Es necesario destacar que el camino hacia una despenalización de la eutanasia ya se inició en el vigente Código Penal, obviando, por cierto, una amplia discusión social. Aunque la despenalización no se realizó de forma total, se abrió el camino a través de la vía habitual de imponer una pena irrelevante respecto al bien jurídico protegido. Esta apertura del Código Penal a la eutanasia fue señalado por José Luis Díez Ripollés ante la Comisión del Senado de 1998¹, indicando,

eso sí, que el grado de apertura actual le parecía insuficiente. «Naturalmente, tengo también mis opiniones sobre qué debería decir el Código Penal. Debería quedar reducido a regular las conductas de producción directa de la muerte en una situación eutanásica. En estos casos de producción directa de la muerte en

Ruiz, José Francisco Hernández Quimera, Juan Iglesias Marcelo, Alejandro Lamalia Díaz, Rosa López Garnica, José Antonio Marín Rite, José Manuel Martiarena Lizarazu, María Antonia Martínez García, Ascensión Pastor Parres, Alfredo Prada Presa, Victoriano Rios Pérez, Samuel Rodríguez Fontecha, Coral Rodríguez Fouz, Roberto Soravilla Fernández, María Rosa Vindell López, Carmen Virgili Rodón y Emilio Zapatero Villalonga. Las citas de los comparecientes que se recogerán en el libro son del «Diario de Sesiones del Senado. Comisiones. Comisión Especial de Estudio de la Eutanasia». Se citan por el nombre del compareciente, Senado y fecha. Los comparecientes procedentes de diversos campos: Bioética, Medicina en diferentes especialidades, Filosofía, Derecho, etc., debían resumir su informe en un tiempo limitado, manifestando igualmente su posición concreta respecto a la despenalización. Esto ha producido un material que, pese al tiempo transcurrido, sigue siendo inmejorable para el estudio de la cuestión de la eutanasia en España.

1 La Comisión Especial de Estudio sobre la eutanasia se constituyó el 17 de marzo de 1998 y finalizó sus trabajos el 18 de enero de 2000. Estuvo constituida por los siguientes senadores: Ignacio Javier Ariznavarreta Esteban, José María Barahona Hortelano, Rosa Barenys Martorell, Enrique Bellido Muñoz, José Antonio Beltrán Miralles, Imanol Bolinaza Bengoa, Jaime Cardona i Vila, Diego Ladislao Castell Campesino, Pilar Costa Serra, Ramón Espasa i Oliver, Joaquín Jesús Galán Pérez, Antonio García Miralles, Pío García Escudero Márquez, Arseni Guibert i Bosch, Esteban González Pons, José Gutiérrez

personas que no se están muriendo, pero que están con una enfermedad avanzada o una minusvalía grave generalizada —sería injusto decir lo contrario—, el nuevo Código Penal ha adoptado una regulación que es de las más abiertas que existen en el mundo occidental. Es cierto que es delito lo que habitualmente —voy a utilizar una terminología que no me gusta, como les he dicho ya— se considera como eutanasia activa, pero también es cierto que lo es con una pena muy baja que, además, puede estar sometida a la suspensión condicional de la pena que será muy frecuente porque normalmente no serán personas que habitualmente se dediquen a estas cosas»².

El Código Penal de 1995 incluye el homicidio eutanásico en la cooperación necesaria al suicidio, constituyendo un tipo privilegiado que, debido a la levedad de la pena, produce que, prácticamente, por el primer delito no se cumpla efectivamente la pena y no se ingrese en prisión. En efecto, el artículo 143 del Código Penal de 1995 tipifica la inducción al suicidio en el punto 1. En el 2, la cooperación necesaria, en el 3 la cooperación hasta el extremo de causar la muerte, sancionándolo con entre seis y diez años. En el punto 4, reduce la pena en uno o dos grados para:

«el que causare o cooperare activamente con actos necesarios y directos a la muerte de otro, por la petición expresa, seria e inequívoca de éste, en el caso de que la víctima sufriera

una enfermedad grave que conduciría necesariamente a su muerte, o que produjera graves padecimientos permanentes y difíciles de soportar, será castigado con la pena inferior en uno o dos grados a las señaladas en los números 2 y 3 de este artículo».

De esta forma, se redirige el homicidio al suicidio y se prefigura un tipo descrito de tal modo que pudiera servir para una posible legalización, una vez que se añadiese la participación facultativa y un procedimiento de control estatal.

El debate recogido en el Diario de Sesiones de 1 de junio de 1995 resulta especialmente ilustrativo de las posturas que se mantuvieron. En palabras del interviniente del Partido Popular, Trillo Figueroa, se había realizado un notable esfuerzo de consenso en la redacción del capítulo. Aun así, y aceptando básicamente la tipificación adoptada, discrepa sobre la pena. Entiende su enmienda que debería aplicarse una reducción de un grado sobre la pena del homicidio y no de dos sobre la más leve de inducción y cooperación al suicidio. Con acierto, el representante del Partido Nacionalista Vasco entendió que la disyuntiva que se recogía en el tipo era errónea, pues creaba un tipo jurídico indeterminado, el de «o se produjesen graves padecimientos permanentes o difíciles de soportar». El diputado se inclinaba por incluir la copulativa «y» que hubiese reducido el tipo privilegiado a los enfermos terminales.

Las argumentaciones de la ponente socialista y de algunos enmendantes

² Senado-comisión, 26 de octubre de 1999, n° 502, p. 23.

como Olabarria incluían un tópico discutible que desvela un estado de opinión peligroso. Se trata de si la sociedad española estaba preparada o madura para la eutanasia. En efecto, no es aceptable considerar que las sociedades que legislan sobre el homicidio de enfermos están preparadas, mientras que la que no lo reconocen «aún no están preparadas». Se da por sentado que, en fases futuras de mayor preparación, se legisle aceptando la despenalización de la práctica.

En efecto, la tesis que subyace en estas afirmaciones es que existe una tendencia histórica ineludible hacia la imposición de la eutanasia. La función del Parlamento sería, a juicio de los más moderados o menos radicales dentro de esta tendencia, observar cuál es el estado de esa evolución y ver si la legislación es recomendable en este momento, es decir, si la población está preparada. Por el contrario, otros consideran que la legislación debe servir de factor de ruptura, acelerando la marcha de la Historia. En las dos actitudes subyace la idea de guerra cultural, o si se prefiere en lenguaje conveniente, que está en marcha un proceso de transformación social tendente a producir la liberación del individuo de lo que se entienden como restricciones morales en el ejercicio de la autonomía. Se puede matizar que, en los dos últimos siglos, la supuesta marcha imparable de la Historia ha sido bastante incoherente y ha permitido incluir entre los restos supersticiosos en trance de superación: la propiedad privada, la libertad religiosa, las libertades «burguesas», la igualdad ante la ley, el Estado de derecho, etc.

El enmendante López Garrido, entonces de Izquierda Unida y hoy con importantes responsabilidades en el Partido Socialista, argumentó a favor de la supresión del apartado cuarto del artículo y la elaboración de una norma que recogiese la práctica legal de la eutanasia.

2. El debate en España: el homicidio de Ramón Sampredo

La cuestión eutanásica está abierta en la sociedad, de forma que incluso ha producido sus mártires. En efecto, en el caso más conocido entre nosotros, el de Ramón Sampredo, el parapléjico que reivindicó en España el derecho a la propia muerte, la polémica no se detuvo en el rechazo judicial a la solicitud del reconocimiento del hipotético derecho a la muerte, ni siquiera en la realización de la eutanasia, forma en la que previsiblemente se produjo la muerte de esta persona, sino que alcanzó al propio archivo de la causa por este último acto. La decisión judicial de archivo de la causa, que reveló, por otra parte, un celo limitado en el esclarecimiento del caso, o al menos la dificultad de prueba en estos casos, produjo una oleada de protestas. Lo sorprendente es que este rechazo no se produjo desde el campo opuesto a la eutanasia, sino desde el de los partidarios, dispuestos, al parecer, a estirar el caso y su impacto en la opinión pública todo lo posible.

Así, el archivo de la causa por el posible homicidio de Ramón Sampredo, generó una serie de reacciones que nos sitúan realmente ante una situación paradójica. No se trató de la vindicación de los

amigos o familiares, de la búsqueda del autor o autores del hecho penado, a fin de que se produjese el resultado previsto por la ley, ni del intento de esclarecer la verdad en torno a lo sucedido. Fue, más bien, la demostración de la necesidad de mantener viva la causa judicial para mantener viva la muerte. Lo que observamos, en definitiva, fue la manipulación de una muerte para lograr el objetivo social o político que, a juicio de los intervinientes, la justificaba.

El debate en España tiene características propias que lo diferencian del que tiene lugar en otros países de nuestro entorno. Se ha construido reiteradamente en torno a un solo caso, el de Ramón Sampredo. Esta persona había sufrido un grave accidente. En 1968, al saltar al mar, se dio un fuerte golpe que le convirtió en tetrapléjico a la edad de 25 años. En 1993, tomó la decisión de reclamar su derecho a morir dignamente y, tras ser contactado por la Asociación Derecho a Morir Dignamente, desarrolló una obsesión para lograr que se pudiera poner fin a su vida mediante una acción eutanásica que supusiese igualmente un reconocimiento al derecho a pedir y lograr esta muerte.

Las circunstancias de Ramón Sampredo son específicas pues, evidentemente, no se trataba de un enfermo terminal, sino de una persona que consideraba que su vida no tenía la calidad suficiente para ser vivida. Debido fundamentalmente a los accidentes de tráfico su circunstancia es compartida por un amplio colectivo de españoles, muchos de ellos jóvenes. Se calcula que en España hay unos treinta y cinco mil tetrapléjicos, paraplégicos

y lesionados medulares. Como consecuencia, y especialmente en el Hospital Nacional de Paraplégicos de Toledo, se ha desarrollado una amplia terapia para las personas afectadas por este mal. Es muy relevante que la tentación suicida pueda ser calificada como una fase del tránsito a la aceptación de las nuevas condiciones del paciente, pero que, en modo alguno, es habitual el empecinamiento en la eutanasia o en el suicidio que cabe observar en el caso de Sampredo. De esta forma, la respuesta ideológica que se ha construido desde esta actitud puede tener su fundamento en una reacción patológica, insuficientemente tratada, del propio sujeto. Esta cuestión es clave para juzgar la actitud de un buen número de personas que se acercaron a él y, desde luego, para emitir un juicio hacia el comportamiento de asociaciones que, al encontrarse con este sujeto concreto, en vez de responder con la actitud benéfica exigible a cualquier persona en relación con el ser humano doliente, lo convirtieron en estandarte, es decir, en hombre manipulado por una causa.

Igualmente, es relevante que la lesión medular de Sampredo, a la altura de la séptima vértebra cervical, hubiese remitido en parte tras la consiguiente rehabilitación permitiendo al enfermo mover los brazos. Como indica el filósofo Romañach, él mismo afectado por estas lesiones: «Una lesión en la primera cervical es gravísima y hace muy difícil la supervivencia ya que implica el uso de respirador, marcapasos, etc. La gravedad disminuye en la segunda y en la tercera cervical, que suelen seguir requiriendo

respirador. La cuarta cervical suele permitir una mínima movilidad de hombros y un poco de un brazo, situación que mejora paulatinamente cuando la altura de la lesión es entre la quinta y sexta vértebras. A esta altura tiene la lesión el autor de este artículo, que puede mover los brazos... pero no los dedos de la mano, lo que le impide aprehender determinados objetos.... Pero le permite escribir este texto utilizando el teclado del ordenador con los nudillos de las manos...

La lesión a la altura de la séptima cervical es la más leve de las tetraplejas; muchas personas con esta altura de lesión pueden llegar a vivir solas, ya que pueden aprehender objetos, utilizan manuales en vez de automáticas, conducen, etc»³

Estas opciones fueron descartadas por Sampedro a diferencia de lo intentado por otros muchos tetrapléjicos, lo que es indicativo de su estado de ánimo persistente. En efecto, la negativa a la rehabilitación, la persistencia a mostrarse en el lecho frente a las opciones de sillas de ruedas, la monomanía por la muerte, alejan a la postura de Sampedro de la construcción ideológica que se ha realizado sobre él. Es desconcertante que la opción valiente, o socialmente aceptada, frente a la paraplejía no sea la lucha por la rehabilitación con la que se enfrentan miles de parapléjicos, sino la exigencia de la muerte. Las consecuencias sociales del caso pueden ser graves. Igualmente grave es el estado de opinión que se ha

transmitido a la población española, que puede modificar los valores sociales ante la enfermedad, ésta u otras, si no es que refleja ya un cambio de actitud notable.

No puede sorprender que la asociación que reúne a los tetrapléjicos, la Federación Nacional de Asociaciones de Lesionados Medulares y Grandes Minusválidos, por boca de su presidente, Alberto Pinto Benito, se haya opuesto a la asimilación entre eutanasia y tetraplejía. La dificultad real con la que se enfrenta este colectivo consiste en el esfuerzo de superación tras el trauma y en las ayudas públicas que deben recibirse en la rehabilitación y en la vida cotidiana. Sin embargo, el mensaje subliminal o expreso de la campaña que sufrimos no es otro que lo mejor que puede ocurrirle a un tetrapléjico es que se le aplique la eutanasia. Considerando el esfuerzo de superación personal que se requiere en esta circunstancia, la necesidad de apoyo familiar que necesita el tetrapléjico y el compromiso social que es exigible respecto a estos dependientes, es natural la indignación ante el hecho de que los activistas de la eutanasia fomenten la asimilación de tetraplejía y eutanasia que venimos denunciando.

Puede parecer duro —o inhumano— que personas que no sufren, de momento, graves deficiencias —como las que acosaron a Sampedro— emitan juicios sobre su actitud. Pero es también notorio que Sampedro en sus declaraciones y escritos emite a su vez juicios, que se extienden socialmente, sobre los propios parapléjicos. Al coordinar su acción con la Asociación por la Muerte Digna, al pu-

3 Romañach, J. «Los errores sutiles del caso Ramón Sampedro». *Cuenta y razón del Pensamiento* actual 135, (2004).

blicar sus pensamientos, al reclamar una modificación legal general, para todos y, finalmente, al ser su caso tomado como excusa propagandística, entró de lleno en el debate público facultando, igualmente, el juicio público sobre su propia actitud. No puede sorprender, en consecuencia, que el debate más estricto sobre el juicio de Sampetro acerca de los paraplégicos proceda de las personas paraplégicas que entienden que el juicio que aquel expresaba era notoriamente injusto.

Javier Romañach, paraplégico él mismo, pero, ante todo, —como expresa con claridad— persona con posición teórica fundada acerca de la discapacidad, la eutanasia y sus implicaciones jurídicas, ha expresado algunos de los sutiles errores del caso Sampetro. Éste, en sus escritos, definió la vida del tetraplégico, no sólo su vida como tetraplégico, como carente de sentido, indigna. Entendió que las ayudas a la superación en este estado, más que probar el esfuerzo individual de superación, eran engaños con los que los médicos, la sociedad o la religión encubrían esta realidad. La única solución real sería la curación, y como ésta es imposible, el Estado debería facultar que otra persona pudiera poner final a esta vida indigna.

La tesis de partida de Romañach es que, lejos de ser una lucha personal, reducida a su propia persona, la opción de Sampetro incluía un conjunto de opiniones que incluso publicó y que en consecuencia quedan expuestas al debate social. En este sentido, Romañach se siente capacitado para responder sin falsas inhibiciones. «Sin embargo, los hechos

desmienten esta «personalización» de su lucha. Al empezar a colaborar con la Asociación Derecho a Morir Dignamente, su lucha deja de ser personal y solicitó un cambio de una ley que hubiera afectado a otros casos como el suyo y, por lo tanto, dejó de ser algo para él sólo.

Además, el señor Sampetro editó y publicó un libro y permitió la difusión de un testamento en el que se vierten opiniones muy claras sobre muchos asuntos, entre otros, el de su opinión sobre la tetraplejía y las personas que la tienen. Al publicar sus textos, eligió propagar sus ideas al gran público y, al hacerlo, su lucha dejó de ser personal para afectar a toda la sociedad y, en especial, a la imagen de las personas que tenemos una tetraplejía, y, por extensión, a la imagen de todas aquellas personas que tenemos una limitación funcional».⁴

El también tetraplégico Luis de Moya, sacerdote, también ha mostrado su desacuerdo con los juicios de Sampetro. En primer lugar, en cuanto considera que el caso Sampetro es insólito. Como ha declarado: «El caso de Sampetro, que se negaba a utilizar la silla, es verdaderamente insólito, como saben de sobra las personas que tienen alguna relación con el mundo de los lesionados medulares.

Especialmente insólito además teniendo en cuenta el nivel de lesión —siendo tetraplégico muy favorable— con el que quedó después de su accidente. Ramón tenía una interrupción medular a nivel C-7, según él mismo me confirmó de palabra. Baste decir que, con esa lesión, de

4 Romañach, J., *op.cit.*...

haber querido, podría haber conducido un coche, como hacen otros muchos».

Es más, la consideración de Sampedro hacia la minusvalía y el movimiento le parece a Moya igualmente desafortunada.

«Es indudable —me parece que puedo decirlo con fundamento tras nuestros reiterados encuentros— que él pensaba demasiado, no sé si casi de modo exclusivo en lo que había perdido. No es la movilidad, como es evidente, lo más noble y grandioso que tiene la persona. Lo que nos caracteriza en cuanto hombres no se pierde con el movimiento. Las consecuencias negativas de quedar tetrapléjico no disminuyen para nada la humanidad del sujeto ni quedan más lejos que antes, tras ese accidente fatal, los ideales de realización de la persona.

A mí me resultaba tan evidente ser el de siempre que, aunque era bien consciente de mis nuevas limitaciones y de la permanente necesidad de ayuda, no me sentía frenado en absoluto para plantearme objetivos, para exigirme en el rendimiento del tiempo, para incorporar algunos aprendizajes nuevos que me serían muy útiles en lo sucesivo. Este modo de proceder, como bien presuponía antes de ponerme a ello, me sigue haciendo ser feliz cada día»⁵.

Por el contrario, desde el punto de vista de Sampedro, la mejor ayuda que podría recibir el tetrapléjico, de forma objetiva y no sólo ligada a la voluntad del sufriente, no es el esfuerzo, costoso desde el punto

de vista económico y difícil de justificar en una sociedad con fuertes tendencias insolidarias, de apoyo al sufriente. No es el conjunto de agrupaciones familiares o la especialización médica en un área tan poco remunerada profesionalmente como es la recuperación de estos discapacitados graves. Si no entendemos mal, la piedra de toque de la solidaridad en estos discapacitados sería la autorización social a su homicidio indoloro. Donde hubiera homicidio eutanásico tendríamos el colmo de la postmodernidad, aunque el esfuerzo recuperador estuviese abandonado para no incurrir en el engaño de la rehabilitación. Donde hubiese especialistas, hospitales y asociaciones no tendríamos una sociedad solidaria, sino un esfuerzo extraordinario por engañar a los enfermos y por engañarnos colectivamente como sociedad. La socorrida referencia a que todo parte de la negación de base religiosa de la autonomía humana apenas explicaría, de todas formas, tanto empecinamiento. En efecto, desde una perspectiva social, es sencillo observar qué podría encubrir la «máscara» de la eutanasia benevolente, en cuanto produce una notable reducción de gastos y esfuerzos sociales. Por el contrario, son insatisfactorias las explicaciones que se dan sobre la supuesta máscara de la prohibición absoluta de matar al ser humano inocente. Tan sólo pervive una reiterada referencia a una especie de superstición. Esta explicación, además, no tiene en cuenta las argumentaciones racionales sobre las implicaciones de la dignidad humana, concepto reducido a unas condiciones de calidad de vida de contenido ideal.

5 de Moya, L. [Publicación en línea] «La visita que hice a Ramón Sampedro» www.zenit.org [Consulta: 9 IX 2004]

Este juicio de Sampedro extensible a cualquier forma grave de deficiencia incurable es, como señala con acierto Romañach, escasamente liberador o progresivo; parece más bien compartir un juicio muy tradicional sobre la propia discapacidad, contra la que, por cierto, luchan con fuerza los propios discapacitados. Se trata de la aceptación de un juicio externo, es decir, procedente de una campaña en la que no intervienen generalmente los propios supuestos beneficiarios.

Algunos de los juicios de Sampedro son severamente criticados por Romañach desde esta perspectiva. Por ejemplo, a la afirmación: «También me habrían liberado de una humillante esclavitud – la tetraplejía», responde: «Deja bien clara su opinión sobre la tetraplejía, no sobre su tetraplejía. Es éste un juicio de valor que refuerza la visión tradicional de la discapacidad, la indignidad de esa existencia».

A la de: «Si se utilizase el lenguaje con precisión, sería menos engañoso afirmar que un tetrapléjico es un muerto crónico», comenta «Perdóneme, señor Sampedro, el engaño lo hace usted, porque no usa su lenguaje con precisión. La inmensa mayoría de quienes tenemos una tetraplejía, que somos unos cuantos, nos consideramos vivos, muy vivos».

Ante el comentario sobre la calidad de vida: «La calidad consiste en una conformidad placentera, una percepción armónica del cuerpo y de la mente con el todo al que están condicionados y sujetos los sentimientos personales...», afirma: «Estas concepciones que usted baraja no son nuevas, señor Sampedro. Están eti-

quetadas como eugenesia, una teoría de perfeccionamiento de la raza que estuvo muy de moda durante el siglo XX por todo el mundo occidental».

Como conclusión, Romañach estudia el concepto de dignidad que estaba implícito en la postura vital de Sampedro: «Menuda manera eligió usted de defender su dignidad, señor Sampedro. Se creyó todo lo que le contaron sobre la discapacidad, aceptó la pérdida de su dignidad y no vio más alternativa que la muerte. Era usted libre, pero en mi opinión se obcecó, en una lucha egocéntrica y equivocada. No fue usted capaz de ignorar lo que le enseñaron ni de luchar en la vida de personas como usted o como yo»⁶.

3. El debate mediático y la película «Mar Adentro»

No debe despreciarse en nuestra sociedad la influencia decisiva en la conformación de la opinión pública de los medios de cultura de masas. Esto ha sido convenientemente apreciado desde las movilizaciones de masas de los años treinta hasta la actuación de los diversos lobbies y grupos de interés. Muchas veces, los giros de la opinión pública vienen acompañados o son precedidos, e incluso provocados, por manifestaciones cinematográficas, televisivas u otro tipo de obras de éxito. En este sentido, la particular visión sobre la eutanasia de Sampedro en la película «Mar Adentro» influye de forma muy relevante en el debate español. La película obtuvo financiación

6 Romañach, J., op.cit...

pública a través de la Televisión Española ya en la etapa anterior del Gobierno del Partido Popular. Su estreno fue un acontecimiento social al que asistieron ocho miembros del partido Socialista y el propio Presidente. En la entrega de los Premios Goya, imitación de los Oscar americanos o de los Cesar franceses, ha obtenido catorce galardones. Igualmente, «Mar adentro» ha sido premiada con el Oscar a la mejor película en lengua no inglesa en el año 2005.

La película, técnicamente apreciable, truca, a juicio de los expertos, los sentimientos de los espectadores, conduciéndoles a una tesis prediseñada por el director y que éste no mantiene expresamente. Es más, niega públicamente su implicación personal en el debate sobre la eutanasia.⁷ Sin embargo, la conclusión inevitable que se produce tras la visualización de la película es que la actitud de Sampedro no era sólo razonable sino moralmente excelsa. La postura de Sampedro, a juicio del crítico Jerónimo Martín⁸, resulta exaltada sentimentalmente y predeterminada, de forma que se reconstruye la figura de una santón laico. Éste adopta la única postura racional que es moralizada a base de trucos cinematográficos, que, añadiríamos nosotros, son claramente melodramáticos. No hay dudas verdaderas en ninguno de los protagonistas que representan perso-

najes tópicos de la bondad absoluta, en el caso de los colaboradores al homicidio, y del prejuicio, esencialmente religioso, en quienes se oponen. Para ello, distorsiona la figura de quienes, siendo tetrapléjicos, no aceptan la salida «valiente» en una escena inspirada en un sacerdote efectivamente existente, al que se ridiculiza sin la menor piedad. Éste, Luis de Moya, ha opinado sobre el suceso: «Si esa situación verdaderamente cómica —que desata la carcajada unánime de la sala—, en la que un supuesto sacerdote jesuita se desgañita —del modo menos razonable posible— tratando de convencer al tetrapléjico de su error fuera una invención de Amenábar, se podría considerar razonable en una película como tantas, que ni pretenden ser históricas ni, mucho menos, recordar un hecho muy conocido que, como es el caso, afecta en primera persona a miles de individuos del país.

No es científicamente imposible, desde luego, que a Ramón Sampedro lo visitara en una furgoneta un jesuita tetrapléjico acompañado de unos jóvenes y que el tenor de lo sucedido fuera tan ridículo como se presenta en la película. En mi opinión, sin embargo, es una falsedad y cómo me gustaría equivocarme por el bien de Alejandro Amenábar. Lo digo porque yo, que no soy jesuita sino que pertenezco al Opus Dei y bien lo sabía Ramón Sampedro, sí le visité junto a otras personas desplazándome, como siempre, en mi furgoneta, y tampoco pude subir, como el jesuita, hasta la habitación del enfermo. Para cuando tuve la oportunidad de ir a Galicia hacía ya años que nos conocíamos, aunque siempre de modo

7 Aresté, JM. «Distintas varas para medir lo mismo». *Gaceta de los Negocios*, 5 de febrero de 2005.

8 Martín, JJ. «Mar adentro, una sentimental apología de la eutanasia». *Acepresna*, 25 de agosto de 2004.

indirecto, en los medios, por correo o todo lo más en alguna conversación telefónica. En todo caso, ambos teníamos ya un conocimiento bastante preciso de nuestros respectivos puntos de vista y acerca del sentido de la vida en nuestra particular situación».⁹

Romañach expone, por su parte, un claro juicio crítico sobre la película. Aunque larga, creo que su cita es obligada: «La película se ha convertido, por lo tanto, en la versión oficial de la vida de Ramón Sampedro... A lo largo del desarrollo de la película, hay una transición sin solución de continuidad del concepto de suicidio asistido... al de eutanasia... sin que haya ningún tipo de reflexión al por qué del cambio... También, y de manera sutil y dirigida, se plantean dos finales de la vida distintos: el «valor» de Sampedro al afrontar el suicidio y el triste estado en el que termina Julia, que al final no tiene ese «valor» para decir adiós a la vida...

Es más llamativo todavía el ridículo absurdo, en posición guión y defensa, que se hace de aquellos que disientían de Ramón Sampedro, concentrados en una discusión jocosa a gritos, a través de una escalera, entre Ramón Sampedro y la figura de un sacerdote del Opus Dei, también persona que tiene una tetraplejia, que aparece como un lunático, místico, irracional religioso, sin ningún tipo de argumento ni oportunidad de darle ninguna coherencia. Coherencia que se concede a Sampedro a través de

escasos razonamientos que salpican el guión».¹⁰

4. Itinerario jurídico del caso

Desde su primera pretensión en abril de 1993, Sampedro entendió que su situación se veía «provocada» por una imposición injusta por parte del Estado «y de la Iglesia Católica», que le impedían acceder a su derecho. Por el contexto social donde vivía, Sampedro pudo comprender que la actitud cristiana de respeto a la vida constituía el mayor obstáculo a su pretensión, mientras sus allegados se negaban a su solicitud desde esta postura. Por ello, situó a la Iglesia en el centro de sus demandas. Finalmente, a esta actitud contribuyó la influencia de la Asociación por la Muerte Digna, de base esencialmente catalana. Esto explica también que la primera demanda se presentara ante el Juzgado de Primera Instancia nº 5 de Barcelona.

Este juzgado de Barcelona y la Audiencia Provincial, en sentencia de 28 de febrero, no admitieron la demanda de Sampedro por considerarse incompetentes por razón de territorio; en efecto, el actor residía en La Coruña. Presentado nuevo recurso ante el Tribunal Constitucional, éste ratificó las dos sentencias anteriores por no haberse agotado la vía judicial. Finalmente, la Comisión Europea de Derechos Humanos ratificó igualmente el fallo el 17 de mayo de 1995, al no haberse agotado la vía interna española.

9 De Moya, L., op.cit.

10 Romañach, J., op.cit.

En julio de 1995, se reinició el caso ante el juzgado de Noya, territorialmente competente. Llama la atención el empecinamiento del letrado de Sampedro en una vía notoriamente incorrecta. La explicación más plausible —descartada la falta de diligencia profesional— es que la demanda era fundamentalmente mediática, destinada a servir de apoyo a la acción política que se venía desarrollando a favor de la muerte digna. El juzgado de Noya resolvió en Derecho en octubre del mismo año. Entendió que el supuesto derecho a la muerte digna por medio de una acción homicida solicitada por el beneficiario no estaba recogido en nuestro ordenamiento, que sí sancionaba, sin embargo, el auxilio ejecutivo al suicidio. Es de resaltar que aún no estaba en vigor el tipo privilegiado de la eutanasia recogido en el Código del mismo año. La Audiencia Provincial de la Coruña, el 13 de noviembre de 1996, reforzó los argumentos contrarios a la pretensión de Sampedro basándose en la jurisprudencia del Tribunal Constitucional, que especificaba que el artículo 15 de la Constitución Española no garantizaba el derecho a la propia muerte, en sentencia referida a la huelga de hambre de militantes del grupo terrorista GRAPO en junio y julio de 1990. El recurso final ante el Tribunal Constitucional no se resolvió, por el homicidio de Sampedro el 12 de enero de 1998.

Tras este acontecimiento, se intentó mantener vivo el caso, lo que fue rechazado sucesivamente por el propio Tribunal Constitucional y por el Tribunal Europeo de Derechos Humanos el 26 de octubre de 2000.

Es muy relevante que la argumentación jurídica de los tribunales, tanto españoles como europeos, se ha basado fundamentalmente en los procedimientos elegidos o en la propia competencia de los tribunales ante el caso concreto. A lo más que se ha llegado en el caso español es a afirmar que del artículo 15 de la Constitución —sobre el valor de la vida humana— y del 16.1 —sobre la libertad de conciencia— no se deriva un derecho a la ejecución de la propia muerte por un tercero. Las sentencias citadas del Tribunal Constitucional de 27 de junio de 1990 y de 19 de junio del mismo año se habían centrado en un caso de huelga de hambre y la obligación médica —y responsabilidad pública sobre los presos— para recuperarlos en los momentos extremos. La resolución favorable a la intervención se basó en las obligaciones de la Administración respecto a las personas sometidas a su tutela y no a un desarrollo completo de las implicaciones del derecho a la vida: «tiene un contenido de protección positiva que impide configurarlo como un derecho a la propia muerte» y que «ello no impide, sin embargo, reconocer que, siendo la vida un bien de la persona que se integra en el círculo de su libertad, pueda aquélla tácitamente disponer de su propia muerte, pero esa disposición constituye una manifestación de *agere licere*, en cuanto que la privación de la vida propia o la aceptación de la propia muerte es un acto que la ley no prohíbe y no, en ningún modo, un derecho subjetivo que implique la posibilidad de movilizar el apoyo público para vencer la resistencia que se oponga a la voluntad de morir, ni mucho

menos un derecho subjetivo de carácter fundamental en el que esa posibilidad se extienda incluso frente a la resistencia del legislador, que no puede reducir el contenido esencial del derecho».

No debemos olvidar que se trata de un caso de huelga de hambre, chantajista contra el Estado, por un grupo terrorista que llegó a matar a uno de los médicos implicados. Aun así queda claro que el derecho a la propia muerte no es un derecho subjetivo y que el legislador no puede reducir el contenido esencial del derecho a la vida reconocido en el artículo 15 de la Constitución.

Falta, sin embargo —como es apreciable en lo que se refiere a la jurisprudencia europea—, una reflexión jurídica sobre las implicaciones de la legalización de la eutanasia. Es decir, los efectos posibles sobre el bien «vida humana» —generalmente reconocido en nuestras legislaciones— y las consecuencias sobre la protección de la vida humana dependiente. Es más, no se ha argumentado en las sentencias sobre la incoherencia del reconocimiento del «derecho» a la propia muerte, ni sobre la situación en que queda el Estado social cuando se convierte por vía indirecta en favorecedor de esta práctica o, al menos, adopta una posición neutral, que en el caso del Estado contemporáneo, en cuestiones que afectan a lo que genéricamente se conoce como derecho a la salud, dista de ser neutral.

5. La Comisión del Senado

Tras el debate en los medios que enfrentó principalmente a reivindicadores

y moralistas y en el que abundaron los argumentos sentimentales, el Senado creó una «Comisión Especial de Estudio sobre la eutanasia», que entre los años 1998 y 2000 escuchó los informes de un buen número de personalidades relevantes. Creo que la selección de informantes fue un gran acierto de la Comisión. Entre éstos se pudo oír a un gran número de bioéticos y médicos. La labor del Senado ha proporcionado un material muy estimable para analizar los argumentos fundamentales que se manejan en el debate sobre la eutanasia, material del que haremos amplio uso en este trabajo. Esta Comisión también ha producido otros resultados y, así, ha generado un estado de opinión sobre la importancia que en nuestro sistema sanitario deben tener los cuidados paliativos de enfermos terminales y las deficiencias que aún presentan entre nosotros.

En febrero de 1998, bajo la presión del caso Sampedro el grupo socialista en el Senado presentó una solicitud de creación de una comisión especial de estudio sobre la eutanasia y el derecho a una muerte digna. La senadora Rodríguez Fouz en la defensa de la creación de la Comisión defendió el derecho a la muerte digna con algunos de los tópicos que veremos reiterados a lo largo de esta exposición. Así, entre otras cosas, afirmaba: «Ante estas situaciones, ciudadanos de todo el mundo han reclamado el reconocimiento de su derecho a morir dignamente y han solicitado la despenalización de las conductas eutanásicas. Así, en nuestro país, en la Comisión de Peticiones del Congreso de los Diputados hay registrada más de una solicitud en este sentido».

Tras referirse al impacto sociológico del caso Sampedro añadió: «Tengamos en cuenta ese deseo creciente de tener control sobre cómo morir, ese deseo de una muerte propia. Seamos conscientes de que el debate sobre la eutanasia, sobre el derecho a una muerte digna, está abierto en la sociedad. Hace mucho tiempo que lo está, tanto en nuestro país como en el resto de los países occidentales, pero la muerte de Ramón Sampedro ha renovado su actualidad».

E incluyó el grueso de los presupuestos con los que acudió a la Comisión: «Permítanme, señorías, antes de continuar con mi argumentación de la oportunidad de crear esta Comisión, una precisión. Tan respetable es la decisión de no vivir una vida radicalmente insatisfactoria como la de aceptar el sufrimiento físico, psíquico o la degeneración física hasta el final. Morir con dignidad es, en palabras de la Asociación Derecho a Morir Dignamente, decidir racionalmente, en el uso de la libertad personal, sobre el proceso final de la vida, es decidir qué proceso final no admitiría uno mismo para aplazar la propia muerte. Estamos hablando de autonomía moral. Y es que el sufrimiento, el dolor en sí mismo, ni da ni quita dignidad. Sólo cada persona en particular puede determinar si un padecimiento, su padecimiento, da o quita dignidad a su existencia o, incluso, si ese sufrimiento tiene algún sentido».¹¹

11 Petición de creación de una Comisión especial de estudio sobre la eutanasia y el derecho a la muerte digna (650/000007). Diario del Senado, 24 de febrero de 1998.

Hay que recordar las circunstancias de 1998. Encontrándose el Gobierno del Partido Popular en minoría, con apoyos cambiantes respecto a leyes concretas —hay que recordar que una proposición de ley que ampliaba el aborto fue derrotada por un solo voto—, parecía factible una modificación del Código Penal que acogiese la eutanasia. La Cámara Alta española tiene unas funciones reducidas en el sistema constitucional de 1978, hasta el extremo de que hay un continuado debate sobre su modificación. Aunque puede ejercer la iniciativa legislativa, esto no es lo habitual. Por otra parte, la fórmula de la comisión de estudio no equivale a la de la ponencia legislativa, es decir, es un paso retardatario de una iniciativa legislativa, si estuviese decidida. Además, frente a lo que acontecía en el Congreso, la mayoría gubernamental era suficiente en el Senado, lo que propiciaba resoluciones contrarias a la eutanasia, en caso de votación, una vez que el Partido Popular —aunque no de forma expresa— parecía decidido a no aprobar una ley en este sentido. Una comisión de estudio ofrecía además la ventaja de alargar la discusión sin posibilidad legislativa hasta el final de la legislatura, presumiéndose, como así ocurrió, que en las elecciones del año 2000 se reforzaría la mayoría gubernamental.

Para explicar la situación actual en el debate español —ante la nueva mayoría del Partido Socialista y de sus socios radicales—, convendría analizar la peculiar posición de ese grupo parlamentario durante la discusión. La propuesta de la Comisión de estudio no tiene sino una interpretación: en aquellos momentos,

1998, este partido no quería forzar una resolución legislativa efectiva apoyando la eutanasia. De esta forma, aunque como hemos visto, su representante en la Comisión mantuvo una beligerancia proeutanáica notable, la actitud del grupo parlamentario favoreció que no se forzase un enfrentamiento en las Cámaras. Por algunos indicios posteriores —por ejemplo, la no inclusión de la eutanasia en la lista de reformas radicales abordadas por el actual Gobierno—, podemos deducir que no existía acuerdo suficiente en el Partido Socialista acerca de la cuestión. La razón puede ser de índole electoral. En efecto, aunque las encuestas muestran una actitud favorable a la eutanasia en amplios sectores, siempre que no se defina estrictamente en la pregunta, este acuerdo disminuye con la edad en grupos de población que en algunas regiones son proclives al voto socialista.

La cuestión de la eutanasia está tan abierta entre nosotros que la Comisión del Senado, a la que nos hemos referido anteriormente, terminó su trabajo sin conclusiones, limitándose, lo que no es poco, a trazar una especie de «estado de la cuestión» de la opinión de personalidades relevantes acerca de nuestro problema. La opción que se tomó en el Senado ejemplifica muy adecuadamente el previsible resultado de este tipo de debate que se produce habitualmente en las disciplinas de la Moral Social y la Bioética, entre otras. Prueba lo adecuado que es el juicio del filósofo escocés Alasdair MacIntyre sobre la imposibilidad de establecer un diálogo racional desde tradiciones contrapuestas cuando no se reconoce esa diversidad

y se actúa como si partiésemos de una racionalidad común.¹² No es exactamente un diálogo de sordos, pero se le parece mucho. Por ello, las conclusiones de la Comisión hubieran sido las de la mayoría y la mayoría prefirió no producir conclusiones que hubiesen venido acompañadas de votos particulares. En definitiva, la mayoría no fue partidaria de manifestar una voluntad que se hubiera enfrentado a otras voluntades.

La cuestión está abierta también en la posición de algunos de los intervinientes en la Comisión. Al exponer su juicio bioético sobre la posible despenalización de la eutanasia, indicaron que en estos momentos entendían que no debía producirse, lo que no significaba que en un momento posterior no pudiesen entender otra cosa. Es decir, a una Bioética que se ocupe fundamentalmente de precisar los valores sociales predominantes precisamente sobre los aspectos bioéticos, o a una Bioética que delimite el umbral de «autonomía» y «ruptura de los valores sociales tradicionales» que la sociedad está dispuesta a admitir. Esta última forma de argumentación, que es política, es la que ha utilizado algún grupo parlamentario para justificar que en un determinado momento se apoye un aborto «limitado» a tres supuestos y, sin embargo, en otro momento, normalmente cuando se está en la oposición, se apoye una cuarta indicación e incluso un sistema de plazos. Desde esta perspectiva, sin embargo, no es sencillo distinguir entre la argumenta-

12 MacIntyre, A. Tres versiones rivales de la ética, Rialp, Madrid, 1992, 30-31.

ción política del representante, ni aclarar cuál es la función del informante y cuál la de la Comisión. Y ello, posiblemente, porque en nuestra época subyace una concepción que disuelve la política en la tecnocracia y supedita el representante al experto.

Para actuar con justicia conviene señalar que la actitud del «todavía no es tiempo para ésta u otra legalización» tiene su origen en una forma de enfocar el problema que se está haciendo habitual en un sector amplio de la Bioética. Según esta actitud, que ha sido expresada de forma pormenorizada por Sissela Bock, el respeto a la autonomía, que haría aceptable moralmente ciertas formas de suicidio, debe combinarse, también desde una perspectiva moral, con la necesidad de proteger a grupos que, especialmente en nuestra sociedad, podrían verse amenazados si se relajasen los sistemas jurídicos de protección de la vida humana inocente, sobre todo en sus fases más vulnerables. Desde esta perspectiva, el «todavía no» puede entenderse como un juicio sobre las actuales circunstancias de nuestra sociedad que podrían variar en el futuro.

«Desde este punto de vista sigo advirtiéndole riesgos innecesarios en los pasos que se den hacia la legalización de la eutanasia o el auxilio médico al suicidio. Continúo estando convencida de que estas medidas no serán en absoluto adecuadas para hacer frente a las necesidades de la mayoría de las personas que han llegado al final de sus días y menos en sociedades que carecen de un sistema sanitario que abarque a todos los ciudadanos. Ninguna

sociedad ha resuelto todavía las difíciles cuestiones que plantea el modo de ayudar a los enfermos que desean morir sin poner en peligro a los que no lo desean. Todavía nos falta mucho para llegar a una solución social a estas preguntas que no dañe a nuestras instituciones»¹³

Esta actitud no procede exclusivamente de un temor ante las condiciones presentes sino que expresa también las dudas importantes ante el paso que supone la legalización, cuestión de carácter prudencial que tiene gran importancia. Como expresó Diego Gracia ante la Comisión del Senado: «Yo me pararía ahí. Creo que ése es un espacio que hay que ganar, que es necesario, que daría seguridad jurídica y mejoraría la calidad de las relaciones sanitarias. Ahora bien, el pasar de ahí a lo siguiente, que es aceptar que los profesionales sanitarios actúen en el cuerpo de otra persona directamente y con la intención de poner fin a su vida, a petición expresa y explícita de ellos, yo no lo aceptaría. Me parece que sería imprudente por muchas razones. Llevo muchos años dedicado a esto y podríamos estar dando todas las razones que quisiéramos. Pero más allá de las razones, a mí me parece que sería claramente imprudente, aunque sólo fuera por una razón. La discusión sobre si es lo mismo respetar —por tanto, no poner— que actuar cuando hay razones, es decir, si la transitividad o no del acto tiene relevancia moral o sólo psicológica, es un debate sobre el que se ha

13 Bock y cols., *S. La eutanasia y el auxilio médico al suicidio*, Cambridge University Press, Madrid, 1996.

discutido mucho y que en teoría bioética lleva abierto veinte años. Éste es el tema que se ha discutido tradicionalmente y se ponen ejemplos de que a veces sí, a veces no, etc. Yo creo —y así lo he defendido en algunos escritos— que tiene relevancia psicológica y moral. Una cosa es respetar la voluntad de una persona y otra actuar en el cuerpo de otra persona, con la intención directa de quitarle la vida»¹⁴.

Un futuro sin amenazas que hiciera posible la eutanasia, de todas formas, es una hipótesis irrelevante para el jurista, que debe contemplar lo que es y no lo que podría ser. Que debe centrarse en el efecto de la legislación en una sociedad dada y no en un mundo hipotético. Ese razonar sobre ese mundo hipotético, un estado de naturaleza al margen de cualquier sociedad, tiene resabios del iusnaturalismo racionalista, una forma de pensar que resulta muy poco jurídica.¹⁵

6. Balance de la Comisión

Es justo reconocer que, en este contexto, la Comisión del Senado a la que nos venimos refiriendo cumplió una función muy importante. En un momento de argumentación puramente sentimental, de descripción estadística de sensibilidades —«la mayoría quiere la eutanasia», se nos decía—, de predominio del activista y del constructor sobre el estudioso, el

Senado facilitó que algunas de las voces más autorizadas para opinar sobre la eutanasia, su supuesta necesidad y las consecuencias de ésta, se oyesen libre y serenamente.¹⁶

En efecto, la forma de argumentar que tiene su paradigma en la denominada Universidad Liberal, tal como la describimos arriba, presenta defectos muy graves que se manifestaron incluso en la época dorada del modelo, pero goza igualmente de innumerables ventajas sobre el actual modo de argumentación político-social, predominante entre nosotros, que consiste en arrojar tópicos conservadores o progresistas, distinguir con cuidado lo admisible de lo inadmisibile desde el criterio de la corrección política y centrar la discusión sobre «el testimonio» y el caso de valor sentimental. Frente a lo que se podía deducir del reflejo de la opinión pública en los meses anteriores a los inicios del trabajo de la Comisión, el resultado de las comparecencias ha sido abrumador en contra de la opción despenalizadora.

Así, por ejemplo, para quienes se dedican a los enfermos terminales el problema se centra más en un cambio de actitud y medios que en la legalización de

¹⁴ Diego Gracia, Senado- comisión, 16 de junio de 1998, n° 307, p. 19.

¹⁵ Sobre la evolución de esta postura: Carpintero Benítez, F. *Historia breve del Derecho natural*, Colex, Madrid, 2000.

¹⁶ Entre otros, y a lo largo de los años 1998 y 1999, comparecieron ante la Comisión del Senado: Gonzalo Herranz, Diego Gracia, Buenaventura Lladonosa, Lluís Cabré, Santiago Grisolia, Octavi Quintana, Pedro Luis Pérez, Esteban Pérez Almeida, Joseph Armany i Manso, Marcos Gómez, Juan Viñas, Marc Antoni Broggi, Juana Teresa Betancort, Henri Caillavet, Rafael Muñoz, Xavier Gómez, Rubert de Ventós, Joan Mones, Ignacio Berdugo, José Luis Díez y Eudaldo Forment.

la eutanasia. Marcos Gómez Sancho, de la Unidad de Medicina Paliativa del Hospital «El Sabinal», de las Palmas de Gran Canaria afirma, respecto a la actitud ante la muerte, que: «Hay una última opción, y es que el médico acepte la muerte como algo natural inevitable, como el precio que paga todo ser pluricelular desde el mismo momento en el que nace, y una vez asumido como natural, dedicarse a cuidar al enfermo. Así lo decía el poeta Miguel Hernández: «Todo aquel que nace, con tres heridas viene: la de la vida, la del amor, la de la muerte».

Lo que tenemos que hacer los médicos es lo siguiente: si puedes curar, cura—esto es lo primero—; si no puedes curar, alivia, y si no puedes aliviar, consuela; que muchas veces es lo único que podemos hacer por nuestro enfermo».¹⁷

En la discusión sobre la eutanasia, los partidarios de esta práctica no necesitan alcanzar un consenso sobre la misma, les basta con arrojar dudas sobre la convención social que la condena y vincularla a la autonomía de los sujetos que la pretenden. Les es suficiente con presentar la sanción de la eutanasia como una opción poco neutral. Una postura que hunde sus raíces en valores que no son susceptibles de ser asumidos en el consenso social general por faltarles elementos fundamentales de neutralidad. Por ello, los partidarios de la legalización de esta forma de homicidio compasivo tienden a desarrollar una discusión fundamentalmente moral, cuyos argumentos

se traducen en una mezcla de autonomía y sentimientos.

La propuesta de comparecientes de la mayoría, representada por la senadora Rosa Vindel, se elaboró por el Ministerio de Justicia de Margarita Mariscal de Gante y el Grupo Parlamentario Popular. Su filosofía era dar la palabra en primer lugar a los bioéticos y especialmente a los médicos especializados en el tratamiento de enfermos terminales. Ambos grupos se inclinaron, con escasas excepciones, por oponerse a la legalización de la eutanasia. Tan sólo en las intervenciones de los expertos en Derecho penal y de los activistas pro eutanásicos fue mayoritaria la actitud contraria.

En el debate de la Comisión se encuentra la difusión de las comparecencias. El excelente material desarrollado, entre otros, por el académico de la Pontificia Provita, Gonzalo Herranz, no fue difundido por la Cámara en ningún tipo de publicación, salvo los diarios de sesiones y una página de Internet. El conjunto de personas y organizaciones que se oponen a la eutanasia no han sacado el fruto debido de esta contribución de la sociedad española. Con la notable excepción de la Conferencia Episcopal Española, que elaboró un valioso documento de cien preguntas y respuestas sobre la eutanasia. En este caso, los estrictos reglamentos de las Cámaras alcanzaron un resultado muy positivo.

Entre estas conclusiones, que deducimos de forma personal, pues, como hemos indicado, no hubo redacción final por parte de la Comisión, podríamos destacar las siguientes.

¹⁷ Senado - Comisión, 28 de noviembre de 1998, nº 365, p. 6.

En primer lugar, no se observaba, por parte del personal sanitario llamado a la comparecencia, la urgencia por la pretendida eutanasia, ni la experiencia de una persistente solicitud de la misma en enfermos terminales. Desde su perspectiva, el principal reto de la sanidad española en este punto era contribuir al desarrollo de los cuidados paliativos, cuestión en la que se ha insistido a lo largo de estos años, produciendo diversas iniciativas oficiales. No se ocultaba el temor a que la eutanasia redundara en un perjuicio en el desarrollo de esta forma de atención, esencial para una adecuada comprensión de la Medicina en estos momentos.

En segundo lugar, la actitud hacia el denominado ensañamiento terapéutico u obstinación terapéutica era de unánime rechazo en la profesión médica. El problema se describía como un riesgo del pasado desde la consideración médica; para evitarlo, si es que se produjera —lo que se negaba de forma general—, no se requeriría la eutanasia. La alternativa a la medicina industrializada, que tantos ejemplos había producido, no era la eutanasia, sino la extensión de una nueva mentalidad muy presente, por cierto, en quienes día a día se enfrentaban con la realidad de los enfermos terminales.

En cuanto a la acción lenitiva, que se separaba claramente de la eutanasia, lejos de considerarse un problema, o un factor en discusión, se aconsejaba como un elemento propio de los cuidados paliativos. Se produce la sensación de que los debates sobre el supuesto adelantamiento de la muerte por la acción lenitiva son un caso teórico descrito desde la perspectiva

moralista. En efecto, estaba claro que la denominada eutanasia lenitiva no era la razón de la discusión, ni que quienes solicitaban la eutanasia se estaban refiriendo a este problema. Sí se podía estudiar que el uso de fármacos en esa área era todavía escaso entre nosotros, posiblemente por causa de una legislación inadecuada en algunos aspectos respecto al uso de opiáceos, por ejemplo, y a una resistencia tradicional en su empleo.

Como cuarta conclusión, se extendía una importante duda sobre la supuesta voluntad libre del suicida y, por extensión, de quien solicitase una eutanasia. Un estudio de los intentos de suicidio descarta la supuesta preeminencia del suicidio filosófico, libre, como afirmación de la autonomía del sujeto, si es que éste se da en la realidad. Los estudios realizados permiten vincular la inmensa mayoría de los suicidios con la depresión, o con enfermedades como el alcoholismo y otras drogodependencias. Esta realidad, indudablemente, debe considerarse a la hora de valorar jurídicamente la petición de que se le dé muerte, que una persona pueda formular a otra.

La exposición extensa y documentada ante la Comisión senatorial permitió igualmente distinguir el conjunto de argumentos mezclados ante la opinión pública, eliminar equívocos y aclarar exactamente qué estaba discutiendo. Se dejó al margen el caso Sampedro, que tuvo comparativamente una escasa presencia ante la Comisión. En efecto, la cuestión es si se debe introducir una reforma en el Código Penal que autorice que, en determinadas circunstancias, una

persona mate a otra. Ante esta medida concreta se esgrimieron tres tipos de objeciones, especialmente por los bioéticos, que podemos sintetizar en los párrafos que siguen.

No nos encontramos ante una forma de suicidio, ni ante una imposición de una obligación de vivir al paciente sancionada por el Estado. La característica esencial de la eutanasia es que una persona mata a otra, normalmente que un miembro del personal sanitario mata a un paciente. Se trata, en consecuencia, de un acto dotado de transitividad, respecto al que se solicita que el Estado realice una excepción a la sanción del homicidio, arbitrando un procedimiento. Ambas cosas —la construcción de un procedimiento y la retirada de la protección del Estado— son desaconsejables. Desde el punto de vista jurídico, no nos encontramos en una discusión sobre conceptos de autonomía, todos respetables, sino a que, en nombre de la autonomía, se faculte una acción con intervención de terceros y que exige una opinión previa del Derecho.

En esta cuestión es muy relevante el argumento de la «pendiente deslizante» por el que determinadas decisiones no pueden mantenerse en el caso ideal descrito por el ordenamiento, sino que producen una tendencia a la ampliación. En este punto, informes posteriores, obtenidos de la experiencia holandesa, muestran que, incluso en una regulación amplia de la eutanasia, son observables dos efectos paradójicos: en primer lugar, el número de eutanasias «involuntarias», es decir, sin contar con la autorización del paciente, se dispara sin consecuencias

jurídicas apreciables. En segundo lugar, bajo cualquier supuesto legalmente previsto, se siguen rechazando pretendidas eutanasias voluntarias.

Finalmente, se dio mucha importancia a una serie de argumentos sociales. En efecto, la legalización de la eutanasia implica un juicio social sobre un conjunto de casos de desesperación y grave dependencia. Esto genera al menos dos tipos de consecuencias. Por una parte, un Estado —que no atiende adecuadamente situaciones desesperadas— se lava las manos de su función social y salva su responsabilidad autorizando, con ciertas condiciones, el homicidio. Por otra, cuando la eutanasia es una alternativa, aumenta la presión sobre los enfermos que se consideran y son considerados una carga. Se produce así el efecto que hemos descrito como de «moralización de la eutanasia», en la que ésta, en ciertos casos, lejos de ser una solución aparece como la solución moralmente indicada. Basta observar lo que ha ocurrido con el diagnóstico prenatal de síndrome de Down para saber a lo que nos estamos refiriendo.

Desde una aproximación filosófica, un buen número de intervinientes pusieron en duda la vinculación que se establecía en la argumentación proeutanáica entre dignidad humana y calidad de vida, en el sentido de que se pudiese describir que las vidas privadas de cierta calidad eran indignas. Debe incidirse en que esto supone la emisión de un juicio objetivo, por parte del ordenamiento, sobre la dignidad o falta de dignidad de ciertas vidas, previo al juicio que emite el sujeto

sobre su propia situación. Dicho de otra forma, no se autorizará la eutanasia si objetivamente pensamos que esas vidas, al gozar de cierta calidad, tienen dignidad y sí cuando consideremos que carecen de ella. El riesgo que se produce para la igual consideración jurídica de todos los hombres es enorme en cuanto se abandona el axioma de la igual dignidad de las personas. En definitiva, cualquier forma legalizada de eutanasia obliga a la descripción por parte del Estado de vidas que no merecen ser vividas.

7. Otros informes

Evidentemente a lo largo de estos años se han sucedido diversos informes parlamentarios. La Cámara de los lores británica redactó uno, donde, a diferencia del español, sí se produjeron conclusiones. La cuestión que se planteaba era similar a la española y tenía también su origen en casos judiciales. El informe conocido como *Informe Walton* fue redactado bajo la presidencia de Lord Walton por el «Comité Selecto sobre Ética Médica» de la Cámara de los Lores y publicado el 17 de febrero de 1994.

Desde nuestro punto de vista, las conclusiones más trascendentes son las enumeradas con los números 237, 238 y 239. Contienen la base de la argumentación antieutanásica desde un punto de vista jurídico y concluyen con claridad a la pregunta formulada sobre la legalización de la eutanasia. Sin embargo, conviene matizar que, por la aplicación de una distinción indebida entre la acción y la omisión, las resoluciones del conjunto del

informe no son plenamente satisfactorias, por lo que no todas ellas son asumibles desde una perspectiva respetuosa con la dignidad humana.

La conclusión 237 dice que: «Sin embargo, no creemos que estos argumentos constituyan razones suficientes para debilitar la prohibición que la sociedad ha establecido contra el homicidio intencional. Esta prohibición constituye la piedra angular del Derecho y de las relaciones sociales, pues nos protege a todos imparcialmente y encarna la creencia de que todos somos iguales. No deseamos que disminuya esa protección y por tanto recomendamos que no se haga reforma alguna en la legislación para permitir la eutanasia...»

La conclusión 238 comienza diciendo: «Una razón de esta conclusión es que no creemos que sea posible establecer límites seguros para la eutanasia voluntaria. Algunos testigos nos dijeron que legalizar constituiría un acto discrecional que no necesariamente tendría otras consecuencias. Pero, como hemos dicho en nuestra introducción, los temas relacionados con la vida y la muerte no se prestan para una definición clara, y sin eso no sería posible establecer salvaguardas adecuadas contra la eutanasia no voluntaria en caso de que fuera legalizada la eutanasia voluntaria. Más adelante sería imposible asegurar que todos los actos de eutanasia fueran verdaderamente voluntarios, y que no se abusara de cualquier liberalización de la ley».

Finalmente, el punto 239 concluye que: «También nos preocupa que las personas vulnerables —los ancianos, los

solitarios, los enfermos y los perturbados mentales— se sientan presionados— real o imaginariamente —a pedir la eutanasia. Nosotros aceptamos que la mayoría de las solicitudes de eutanasia que son el resultado de la presión o de enfermedades depresivas remediabiles debieran ser identificadas como tales y tratadas apropiadamente por los médicos. Creemos que el mensaje que la sociedad envíe a las personas vulnerables y en condiciones de desventaja no debe alentarlas, ni siquiera indirectamente, a buscar la muerte, sino que debe asegurarles que contarán con nuestros cuidados y apoyo mientras vivan».

Se definen así los principales argumentos contra la legalización del homicidio por razones eutanásicas que se centran en el valor jurídico de la protección de la vida humana inocente, base esencial de la justificación del Derecho y por ende del Estado. Frente a esta razón, los promotores de la eutanasia deberían probar las razones objetivas que justificarían el abandono de este principio que se vería irremediablemente afectado; además, los modos de legalización rompen inevitablemente la igualdad de protección basada en la común dignidad humana, como expondremos más adelante.

Por otra parte, quienes pretenden la legalización no han logrado probar que son capaces de desarrollar un sistema de protección frente a la eutanasia involuntaria, que es un gravísimo mal que no puede abrirse a la práctica generalizada con reformas supuestamente dirigidas a garantizar el ejercicio de un concreto derecho de autonomía. Frente a este ries-

go, observado en la práctica holandesa, los partidarios de legalizar la práctica eutanásica sólo consiguen argumentar un conjunto de buenas intenciones, siempre dudosas, cuando está en juego la protección de la vida humana inocente. De esto es un ejemplo paradigmático la declaración del Centro Borja de Bioética a la que nos referiremos.

Finalmente, el informe incide en la situación en la que la eutanasia legalizada deja a los más dependientes. Y es que el discurso eutanásico encierra una gran paradoja, se construye desde una concepción radical de la autonomía, pero afecta principalmente a quienes están en condiciones más desfavorables para ejercerla y dependen más de la atención de los demás.

Como hemos dicho, la opinión sobre el informe no ha sido unánime. Hay autores que lo han criticado por cuanto, para mantener la coherencia con la anterior jurisprudencia británica, se ha trazado una inconsistente diferencia entre matar por acción y hacerlo por omisión. En palabras de Luke Gormally: «Mientras estemos empantanados en la indefendible doctrina de que no es legal causar intencionadamente la muerte de un paciente por medio de un acto positivo, pero que sí se puede (y en ocasiones se debe) causar la muerte de un paciente por omisiones planteadas intencionalmente debido a que «la opinión de un cuerpo médico responsable» juzga que el paciente ya no tiene una vida digna de ser vivida. Entonces la ley está diciendo al mismo tiempo sí y no a la eutanasia. No dijo sí a la eutanasia antes del caso

Bland, pero el no del Comité Walton no contribuye a revertir el judicialmente controvertido sí». ¹⁸

8. Un punto de vista jurídico

Se puede afirmar que la despenalización de una práctica es una decisión fundamentalmente jurídica, con importantes implicaciones políticas. Pero esta obviedad debe reafirmarse cuando en el debate se introducen argumentos fundamentalmente sentimentales o cuando se plantea como una discusión entre derechos absolutos, concepciones globales del mundo o argumentos bioéticos *per se*, como si el proceso se realizara en una especie de campaña aislada del entorno social y la decisión legislativa fuera fundamentalmente una opción teórica de escuela.

Así, Andrés Ollero denuncia la postura de proyectar de forma absoluta la opción moral individual que está implícita en ciertos razonamientos eutanásicos y afirma que: «En la perspectiva jurídica, por el contrario, el resultado práctico debe siempre ser contemplado. No se trata de suscribir un pragmatismo sin principios— es más, éstos acabarán inevitablemente protagonizando la dinámica real de las normas— sino de huir de actitudes meramente testimoniales, para ponderar el alcance práctico de la realización del principio y su efectivo coste social. Esto

hace del Derecho un instrumento más útil para la responsabilidad que para la compasión. Ante ciertas comprensibles querencias «moralizantes», no vendrá mal recordar algo muy elemental, el Derecho no sirve para todo». ¹⁹

Por ello, este trabajo huye de la descripción del caso perfecto, tal como suele definirse por los moralistas. Esta forma de argumentar, tan propia de la bioética contemporánea, resulta esencialmente antijurídica. Es algo así como preguntarse «¿qué pasaría si se diera esta situación ideal?, ¿sería lícito o ilícito?» La hipótesis, en consecuencia, va buscando una serie de circunstancias muy inverosímiles, tal y como ocurre, por ejemplo, en la descripción del denominado caso perfecto en la fecundación *in vitro* con transferencia de embriones. El caso es que los embriones distan de encontrarse en ningún caso perfecto, en su mayoría se encuentran congelados, pendientes de que alguien decida qué hacer con ellos.

Además, las formas de análisis ético contemporáneas están mostrando sus deficiencias muy significativamente en la Bioética. Se observa a juicio de autores como Leon Kass un crecimiento de la discusión bioética, y de la extensión de foros profesionales, a costa de la actuación ética de los sujetos inscritos en la actividad médica. Cada caso se reconduce a principios abstractos donde la discusión se centra en principios metaéticos donde se discute si

18 Gormally, L. «Walton, Davies Boyd y la legalización de la eutanasia». En: John Keown (compilador) *La eutanasia examinada. Perspectivas éticas, clínicas y legales*. Fondo de Cultura Económica, México, 2004, 183-184.

19 Ollero, A. «Eutanasia y multiculturalismo». *Anuario de Filosofía jurídica y social*, Sociedad Chilena de Filosofía jurídica y social, 14, (1996), 161.

una teoría moral debe ser consecuencialista o deontológico. En este contexto, surgen expresiones sobre el derecho a la muerte digna o el derecho a la muerte.²⁰

El Derecho en sentido estricto, por el contrario, no recurre a esas formas de argumentación tan hipotéticas. Cuando se legisla sobre la competencia económica, por ejemplo, no se parte de la hipótesis de que nadie aspira a construir monopolios ni se actúa como si el interés público no se viera afectado por los mismos. La legislación laboral no excluye la situación de dependencia del trabajador respecto al empresario y las implicaciones que ésta tiene a la hora de regular la relación jurídica. La legislación de sucesiones se ve obligada a considerar los intereses contrapuestos, las familias mal avenidas, la posibilidad de conflictos entre testamentos diversos e incluso las garantías para que estos reúnan una serie de requisitos que aseguren su autenticidad, la exclusión de presiones, etc.

Por ello, al tratar la eutanasia en la perspectiva de su legalización, nos vemos obligados a considerar una serie de circunstancias reales, presentes en toda decisión a prever en estos casos como son: «agobio a la hora de disponer de camas libres en una sanidad pública sobrecargada, necesidad de contar con órganos para posibles trasplantes, deterioro personal y económico del entorno familiar del enfermo»²¹.

20 Kass, L. R. *Life, liberty and the defense of Dignity. The challenge for Bioethics*, Encounter Books, San Francisco, 2002, 59.

21 Ollero, A., op.cit. 166.

Incluso la regulación jurídica de los bienes indisponibles se centra más en los efectos y circunstancias sociales que en la absoluta autonomía del disponente. Es cierto que se traen a la cuestión argumentos filosóficos y complicadas disquisiciones sobre la naturaleza de los bienes, o incluso referencias a la naturaleza humana; pero esto no es lo fundamental a la hora de decidir, por ejemplo, que alguien, aunque quiera, no puede venderse. Por el contrario, si no le dejamos venderse, no es sólo por él. Siendo su condición personal muy importante, atendemos también a la necesidad de regular unas acciones cuyas consecuencias se extienden más allá de cada caso y de cada persona. Esta circunstancia de la autoventa como esclavo, del que se ha tenido algún ejemplo cinematográfico en España, nos sitúa ante una de las aporías clásicas del discurso eutanásico. Los autores inscritos en esta corriente se opondrían al acto de venderse, el cual en el discurso podría rodearse de todas las circunstancias ideales que se describen en la eutanasia, y que, desde luego, supone una cesión de inferior trascendencia de la autorización de que le maten. Sin embargo, les parece que el acto jurídico por el cual una persona cede, por ejemplo, a un médico la elección del momento de matarlo, según unas circunstancias subjetivamente medibles y más o menos concretas, es el acto supremo de libertad. Que sitúa al principio de libertad o al de dignidad por delante del respeto a la vida en nuestro ordenamiento constitucional. Esto es lo que sucede en los testamentos vitales de contenido eutanásico, que son

un elemento importante de la articulación jurídica de la eutanasia.

No debemos, sin embargo, despreciar la importancia de la aceptación de que el hombre dispone de sí mismo como de una propiedad, hasta la completa aniquilación. Esta teoría podría basarse en una autonomía sádica pero no tiene que ver con el lenguaje clásico de los derechos ni siquiera en el iusnaturalismo racionalista. Como ha señalado Kass, en el propio Locke, la afirmación de que el hombre tiene la propiedad sobre su propio cuerpo se realiza para excluir la propiedad de otro, en este sentido no es propiedad de nadie, ni siquiera de sí mismo.²²

Los partidarios de una eutanasia moderada se inclinan a describir el derecho a la vida como un derecho inviolable por terceros, pero que sería alienable en ciertas circunstancias. Los que se oponen entienden que el derecho es inviolable e inalienable. A este respecto es muy razonable el argumento recogido por Ballesteros respecto a los bienes inalienables²³. Existe consenso en la existencia de ciertos bienes inalienables en nuestros ordenamientos como la libertad o la educación. La justificación de dicha condición se encuentra, por supuesto, en ciertas consideraciones sobre lo que es la felicidad y el bien del hombre, respecto a las que habría descripciones alternativas. Pero la justificación jurídica de dicha opción se encuentra también en experiencias reales

sobre lo que sucede cuando, por ejemplo, no se controla la efectiva aplicación de la enseñanza obligatoria. Por muchos razonamientos que se hagan sobre la posibilidad de autoeducación o enseñanza puramente familiar, la generalización de la educación hasta los niveles actuales exigió que el derecho no fuera sólo inviolable sino igualmente inalienable²⁴.

No pretendo, con esto, que se acepte la ingenuidad de un razonamiento aparentemente neutro. La misma descripción de lo jurídico que manejamos parte de un determinado modelo teórico. Es fundamentalmente realista, en el sentido del denominado realismo jurídico clásico. Pero nos insertamos en esta tradición, precisamente porque entendemos que da cuenta muy adecuadamente de lo específico del Derecho. La tradición realista entiende el Derecho como el objeto de la virtud de la justicia, entendida como el hábito de dar a cada uno lo suyo. Regula lo que Aristóteles denominaba el intercambio de bienes. En la evolución posterior se refiere también a lo que se le debe al hombre en cuanto hombre, es decir en razón de su dignidad.

24 «El derecho a la educación sirve entre nosotros de arquetipo, al considerarse obligatoria la escolaridad hasta los 16 años. Ni las juveniles ansias lúdicas de su presunto beneficiario, ni la búsqueda de colaboración por parte de unos padres demasiado atados al corto plazo, pueden convertir en renunciante tal derecho. Tampoco sería admisible que alguien renunciara a su libertad por venderse como esclavo; aunque el personaje cinematográfico del romanista, prematuramente jubilado a los 65 años, que se ofrecería como tal resultara no hace mucho notablemente verosímil». Ollero, A., op.cit. 162.

22 Kass, L.R., op.cit. 214.

23 A este respecto ver Ballesteros, J. «Ortotanasia. El carácter inalienable del derecho a la vida». En: Problemas de la Eutanasia. Dykinson, Madrid, 1999, 50

Por ello, la opción que tomamos no implica que quienes estamos identificados con la Bioética personalista olvidemos en el razonamiento jurídico el concepto de persona, en su concepción ontológica, a la hora de argumentar sobre la eutanasia. Ni, por supuesto, que en la postura manifestada nos sea muy útil esta adscripción personalista en cuanto describe muy adecuadamente lo real. Pero es importante destacar que la valoración jurídica de la inadecuación de la eutanasia no precisa la adscripción personalista, ni en general ningún tipo de adscripción de escuela.

Creo, en consecuencia, que la descripción del estado de la cuestión está muy bien trazada entre nosotros. Especialmente, en el área filosófico-jurídica. Por otra parte, reconociendo el valor de la Bioética no creo que el catálogo de posiciones bioéticas sobre el final de la vida humana y su tratamiento sea concluyente a la hora de tomar una opción legislativa, y por tanto política, acerca de la legalización de la eutanasia. Incide en esto no sólo la distinción entre Bioética y Derecho, sino algunas características de la sociedad contemporánea.

En efecto, el predominio de la autonomía como valor social prácticamente único y la incompreensión del dolor, junto a la reducción del nivel de dolor considerado soportable desde el punto de vista social, actúan necesariamente en contra de lo que podríamos denominar bioéticas exigentes. Por ejemplo, la repugnancia de nuestra sociedad a imponer mantener el principio jurídico frente a la demanda de Sampedro, o incluso a aconsejarle

moralmente, funciona en el caso de las bioéticas rigurosas en contra de su aceptación. Así, cualquiera que haya tenido la oportunidad de argumentar en este tema en contra la posición de quien exige la eutanasia para sí mismo, tiene en determinado momento la sensación de aparecer como un peligroso Catón, imponiendo un grado extremo de heroísmo. Ni siquiera el ejemplo sirve, aparentemente, aquí de nada, lo que está dispuesto a soportar un parapléjico no es exigible a otro, el valor moral no se impone. La percepción de este sentido trágico está presente en Diego Gracia cuando dice que «El caso de Sampedro es trágico. A mi me conmueve como caso trágico. Ahora, si me dijeran: soluciónelo; yo diría: no sé. ¿Hay alguien que lo sepa? Que lo haga. Ahora, yo no. Creo que todo tiene sus límites, el compromiso moral y la capacidad de actuar sobre otra persona también. Yo veo el caso de Sampedro como una tragedia, pero yo haría lo que hace Timothy Quill; es decir, lo siento, yo para esto no tengo respuesta. Si los demás lo ven más claro, que den una respuesta».²⁵

Y es que la tentación del homicidio por compasión está presente en casos reales con los que se puede topar, en un determinado momento, cualquier persona. Por consiguiente, una argumentación antieutanásica no puede pretender dar respuestas que no tiene, o minusvalorar la gravedad de algunas de las situaciones que se describen en la eutanasia. Debe,

25 Diego Gracia. Senado - comisión, 16 de junio de 1998, n° 307, p. 25.

eso sí, señalar las consecuencias que se derivarían de optar por una solución que es inadecuada. En este sentido, Francesc Abel expuso ante la Comisión del Senado un caso muy significativo: «Sobre este particular puedo decir que un médico que contrata a pacientes que arriesgan su vida y no ha tenido la tentación de matar a un paciente no sabe de qué habla cuando se discute sobre la eutanasia. En este sentido, una gran persona, a la que me unía una buena amistad, fue pesimista tras la valoración que se dio a un cáncer de mama que padecía. Vino a verme, me explicó su historia familiar, y me dijo: A mí las cosas me van a salir muy mal, pero, por favor, no dejes que sufra. Yo le contesté que las cosas no irían tan mal. Pero fueron de mal en peor, y cuando llegó el momento final, y estaba padeciendo graves dolores que eran atenuados como se podía, tuvo una metástasis de columna y tuvieron que ingresarla de nuevo —probablemente se trataba de su último ingreso—. Pero había una huelga en el hospital, los camilleros se pelearon entre ellos, condujeron mal la camilla, y ella cayó al suelo con unos dolores terribles, impresionantes. Entonces se pelearon entre ellos por quién tenía la culpa, y aquella situación continuó. Comenzaron un tratamiento muy agresivo cuando no había ya ninguna esperanza y ella me pidió que la matara. Era una mujer creyente, que me lo pedía diciendo que ya estaba preparada para estar ante Dios y cuando lo que le estaban haciendo sobrepasaba cualquier posibilidad. Y yo tuve esta tentación ciertamente. Por tanto, el caso único sí existe, pero hay

que buscar las soluciones; y en este caso se encontraron».²⁶

Conviene destacar, a este respecto, que una opción favorable a permitir la «solución» de estos casos conmovedores tiene un efecto determinante sobre la valoración de cada vida sobre el conjunto de las valoraciones sociales. Y es que lo que desde esas autonomías doloridas se exige al conjunto de la sociedad no es mero respeto, lo que se pide es que, en unas determinadas condiciones, se autorice a que una persona mate a otra. Este es el aspecto esencial del problema que afecta al jurista. Igualmente no está de más observar, por ejemplo, el efecto que tiene la justificación de la eutanasia, vista como un bien que se hace al parapléjico, sobre la valoración de su vida. No en vano, como hemos visto, las asociaciones centradas en ayudar a vivir a quienes padecen esta discapacidad se han mostrado muy preocupadas con la posibilidad de la despenalización y por el modelo que, en esta sociedad de imágenes, se está proyectando del conjunto de los parapléjicos.

Pese a las opiniones prudentes manifestadas en la Comisión, Francesc Abel aparece como el director de la propuesta de legalización de la eutanasia planteada por el Centro Borja de Bioética,²⁷ precisamente cuando la nueva mayoría gubernamental podía hacer posible esta eventualidad. Es desconcertante que las

²⁶ Francesc Abel, Senado - Comisión, 16 de febrero de 1999, n° 388, p. 10.

²⁷ «Hacia una posible despenalización de la eutanasia», Instituto Borja de Bioética de la Universidad Ramón Llull, Barcelona, 21 de abril de 2005.

objecciones sociales se mantienen pero se solucionan con una referencia aparentemente ingenua a una política social que las haga imposibles. ¡Precisamente ahora que las políticas sociales de los estados europeos parecen estar en crisis y no es previsible un inmediato incremento! Además falta un tratamiento estrictamente jurídico de la cuestión aceptándose una eventual despenalización reducida a unos casos extremos. Se hace caso omiso de la experiencia en los países en los que se ha producido la despenalización, de las implicaciones de «guerra cultural» que tiene y del hecho de que lo previsible es la deriva hacia sucesivas ampliaciones una vez aceptado el concepto de vida que no merece la pena ser vivida, implícita en toda eutanasia.

Así, el informe produce la paradoja de una apuesta por la vida que significa que lo que se denomina anticipación de la muerte, es decir, la autorización de un acto homicida de realización médica: «En el marco de la apuesta por la vida, la reflexión sobre la eutanasia se adentra en el inexorable proceso del morir de la persona, un proceso que puede culminar en el último acto humano en la medida que se sabe afrontar con lucidez y responsabilidad. Esta lucidez y responsabilidad pueden significar una firme decisión de anticipar la muerte ante su irremediable proximidad y la pérdida extrema y significativa de calidad de vida». Como veremos la diferencia de esta reflexión con la estrictamente eutanásica, si es que ésta no lo es en su sentido mas preciso, es la proliferación de adjetivos que justifican la decisión social final.

Y eso que el informe parece recoger algunas de las objeciones que se han planteado en los últimos años contra la eutanasia y que en la comparecencia de 1998 parecía que eran convincentes y decisivas.

Una es «la realidad de la asistencia sanitaria que se presta a los ciudadanos que se encuentran en el tramo final de su vida. Es una realidad palpable que en el estado español (palabro nacionalista para referirse a España) es aún muy minoritaria la asistencia a los enfermos en fase terminal».

La otra se refiere a «las condiciones sociales y económicas que acompañan con frecuencia las demandas de eutanasia. También es una realidad en el Estado español (de nuevo por España) que las personas mayores, enfermas, a veces solas, no disponen de los mínimos necesarios para considerar que su calidad de vida es aceptable y que vale la pena continuar viviendo».

Dos observaciones: la primera es que, pese a las dos realidades mencionadas, que no discutimos, la oposición a la eutanasia es mayor en los grupos más directamente expuestos a este beneficio que en quienes lo contemplan como una posibilidad teórica o entre los que han vivido como espectadores involucrados una de estas situaciones dramáticas pero no están ellos mismos en directa posibilidad de sufrirla. La segunda es que el proceso despenalizador ofrece una salida fácil al Estado (aquí sí usado el término apropiadamente) de forma que objetivamente permite una reducción del esfuerzo paliativo. De nuevo los ejemplos

del país de más largo desarrollo de la práctica homicida, que es Holanda, son muy ilustrativos.

El informe continúa con una negativa a una legalización indiscriminada de la eutanasia. Cosa que en sentido estricto nadie pide y convendría centrarse en consecuencia sobre lo que se pide y sus efectos sobre las poblaciones en riesgo. Para garantizar la adecuación, de forma poco original se repiten los requisitos de la ley holandesa, que servirían en correcta deontología médica para aconsejar una sedación paliativa y no una eutanasia. De nuevo en la línea de la adecuación a los tiempos que antes mencionábamos los requisitos no son esenciales sino revisables en el futuro, por lo que tenemos aquí otro ejemplo de la eutanasia en perpetuo movimiento o si se prefiere en constante ampliación. Eso sí, frente a la experiencia de la segunda ley holandesa, se entiende que la revisión de la autoridad debería hacerse *a priori*, aunque desde luego el término notificación que se usa se presta a equívocos.

9. Perfil de los intervinientes

Existe, además, un factor que perturba extraordinariamente el debate en el terreno social. Me refiero al factor religioso. Las bioéticas exigentes respecto a la indisponibilidad de la vida humana naciente, dependiente o terminal suelen desarrollarse por autores que mantienen vinculaciones religiosas, aunque no necesariamente recurran a argumentaciones fundamentadas en la religión cuando hacen explícita su postura. Es más, el

grupo cultural —por utilizar un término convencional— que con mayor fuerza sostiene la denominada cultura de la vida en contra de las culturas de la muerte es el catolicismo. Ahora bien, el sistema de pensamiento dominante en nuestra sociedad posmoderna es decididamente agnóstico. Además, la neutralidad del sistema político, encomiada por las formas predominantes del liberalismo, especialmente el preconizado por Rawls, parece necesariamente refractaria al valor religioso.²⁸ En sociedades como la española, el asunto se complica por el predominio de un laicismo decididamente antirreligioso que provoca, sobre todo en el nivel político, un notable grado de autocensura. Esta actitud, desde luego, es contraria a la valoración del fenómeno religioso que se extiende en el nivel político occidental después de la Segunda Guerra Mundial por influencia norteamericana y que tiene su reflejo en la Constitución Española de 1978.

En la Comisión sobre la eutanasia tuvimos algún buen ejemplo de lo que decimos. Uno de los intervinientes más cualificados, Gonzalo Herranz, hizo una

28 La afirmación es ciertamente matizable pero en esencia es cierta: «El objetivo de la justicia como equidad es, pues, práctico: ella se presenta a sí misma como una concepción de la justicia que puede ser compartida por los ciudadanos como una base de acuerdo político razonado, informado y voluntario. Esta concepción expresa la razón política pública que comparten. Para alcanzar esa razón compartida, la concepción de la justicia debería ser tan independiente como fuera posible de las doctrinas filosóficas y religiosas, encontradas y conflictivas, que los ciudadanos abrazan». Rawls, J. *El liberalismo político*, Crítica, Barcelona, 1996, 29-40.

definición previa de su perfil, especialmente honesta y, que desde mi punto de vista, era una aclaración que debieron hacer otros muchos ponentes que no eran, desde luego, más neutrales.²⁹ Así lo reconoció la senadora del Grupo Mixto, Costa Serra, al afirmar: «también le quiero agradecer que al principio de su exposición nos haya dicho que usted, por supuesto, no es una persona neutra y nos haya explicado su convicción, porque creo que es muy importante tener en cuenta que ni la suya ni la de los futuros comparecientes es una posición neutra y esto es lo que necesitamos. Estamos hablando de un tema que va a tener muchas vertientes desde el punto de vista médico, jurídico, de creencias religiosas, éticas, etc. Por eso, le agradezco su sinceridad respecto a que, evidentemente, cada uno de los comparecientes tiene sus convicciones».³⁰ Lo importante es la intercomunicabilidad posible en el juicio realizado desde las diversas posiciones y el rigor de las mismas. También que el informante con

convicciones religiosas, por ejemplo, no expresa una posición de una religión ni maneja argumentos religiosos.

En última instancia, se produce una cierta circularidad, como ha señalado, entre otros, Andrés Ollero. En efecto, se critica la presencia de elementos de conciencia, normalmente por religiosos, en las argumentaciones pero, a su vez, se realiza una llamada a votar en conciencia, se supone que laica, superando adscripciones y condicionamientos, de nuevo religiosos. En palabras de Ollero: «Es de temer que con todo ello se está generando una viciosa circularidad. Se parte implícitamente del convencimiento de que la religión es asunto privado. Se constata que determinados ciudadanos, de los que cabe fundadamente sospechar alberguen convicciones religiosas, discrepan en cuestiones de interés público de otros, que convierten a su vez el no tenerlas en rasgos relevantes de su propia identidad. Se acaba dando por supuesto que las convicciones de éstos son públicas, mientras las de aquéllos se ven degradadas a meramente privadas».³¹

Parece que planea la convicción de que sería posible llevar adelante un proceso de depuración de todo elemento religioso en nuestra sociedad civil, lo que de nuevo paradójicamente crearía una especie de religión laica, un parámetro cerrado que expulsaría cualquier otra postura del debate público y esto se haría en nombre de la neutralidad. Como

29 «Creo que por lealtad a los presentes y por el hecho mismo de vivir gozosamente en una sociedad pluralista, en la que todos debemos profesar un gran amor a la diversidad, es importante confesar de antemano que no soy una persona neutra, indiferente, amorfa ante el problema que nos preocupa. Forma parte de mis convicciones profesionales y personales la certeza de que la eutanasia no es ninguna solución médica para los problemas de nuestros pacientes y, naturalmente, aparte de este condicionamiento profesional, también mis convicciones religiosas me llevan a ello. Pienso que con el estudio y la reflexión se irá haciendo cada vez más consciente, racional y fundada mi opinión, y no es una opinión visceral». Senado - Comisión, 16 de junio de 1998, n° 307, p. 2.

30 Senado - Comisión, 16 de junio de 1998, n° 307, p. 7.

31 Ollero, A. «La invisibilidad del otro. Eutanasia a debate». Revista de las Cortes Generales 57, (tercer cuatrimestre, 2002), 44.

los vigilantes de elementos religiosos en las escuelas americanas o francesas, en nombre de la libertad se presionaría con enorme fuerza sobre ella. Lo curioso es que se realiza en aras de un inconcreto sistema neutral, que sólo es relevante para quien lo pronuncia, generando esa sensación casi ridícula que sentimos al oír al Presidente Chirac, como antídoto frente a la crisis social, apelar en los alborotadores a los «hijos de la República», como si eso les importase un bledo. De nuevo con Ollero: «La asunción de una perspectiva multicultural, al permitir poner teóricamente entre paréntesis factores confesionales, desvela la nula neutralidad del laicismo y su escaso respeto a esa libertad de conciencia que caracteriza a la herencia cultural europea. Cualquier intento de relegar al gueto toda cultura foránea no lograría eludir una sumaria condena por xenofobia. Pretender desmontar los elementos religiosos de cada cultura, con la esperanza de llegar así a un ámbito público liberado de crispación, equivaldría a organizar una gigantesca misión para convertir a tirios y troyanos a una novedosa religión civil».³²

Esta dificultad que describo es importante en el tema de la eutanasia. En efecto, en la historia del pensamiento, quienes han insistido en la indisponibilidad de la propia vida, han recurrido muy habitualmente a argumentos religiosos. Esto no sucede sólo en autores cristianos sino también en el paganismo grecorromano. Véanse, a estos efectos, las posiciones de Sófocles al final de «Antífona», del

Sócrates de los diálogos platónicos o del mismo Cicerón en la argumentación antiepicúrea.

Así, en el «Fedon», se contiene la definición del caso forzado por indicación de los dioses, que tanto juego dio en el estoicismo. Es relevante que dicha descripción se realiza para justificar que no es lícito al hombre matarse para alcanzar la liberación:

«Así pues —dijo él—, ¿también tú si alguno de los seres de tu propiedad se diera muerte a sí mismo, sin haberle indicado tú que deseas que esté muerto, te irritarás con él y, si pudieras darle algún castigo, se lo aplicarías como pena?... Tal vez, entonces, desde ese punto de vista, no es absurdo que uno no deba darse muerte a sí mismo, hasta que el dios no envíe una ocasión forzosa, como ésta que ahora se nos presenta»³³.

10. Razones del proceso

En primer lugar, es preciso saber cuál es la razón por la que antes no había eutanasia y ahora la hay, o se pretende que se apruebe. ¿Se trata de una conspiración contra la vida que está siendo aceptada inadvertidamente por sus futuras víctimas? ¿Un efecto, quizás, del avance tecnológico y de la industrialización de la Medicina? ¿Un paso en la liberación del hombre frente al que se oponen

33 Platón. Diálogos, III, Ed. de C. García Gual, M. Martínez y E. Lledo, Gredos, (2ª reimp), Madrid, 1992, 36. Conviene recordar que la ejecución de la pena de muerte mediante el método «humanitario» de beberse la cicuta no puede considerarse un suicidio en sentido estricto.

32 Ollero, A., (1996), op.cit. 158-159.

viejos tabúes de origen religioso? ¿Se trata, en definitiva, de un efecto de la descristianización? ¿Es, en consecuencia, resultado de una nueva relación entre la moral particular y el Derecho en nuestras sociedades pluralistas?

Daniel Callahan, el que fuera presidente del Hastings Center, uno de los centros pioneros en Bioética, contemplaba por un lado la pervivencia del debate sobre eutanasia desde antiguo y su escasa influencia en la modificación legal; por otro, la novedad del debate contemporáneo que ha dado lugar a la reforma holandesa y del Estado de Oregón, a la que hay que añadir la norma belga.

Respecto a lo primero afirma: «La eutanasia y el suicidio médicamente asistido son dos temas que de ningún modo pueden considerarse nuevos en la agenda de la humanidad. Aunque la profesión médica ha condenado tales prácticas —desde los tiempos de Hipócrates— y, a pesar de que la oposición a ellas se ratificó una y otra vez en diferentes épocas y en diversas sociedades, aquellas se han mantenido en escena... En Gran Bretaña se han hecho intentos por cambiar la ley y la práctica médica desde hace más de medio siglo, y en varios estados de Estados Unidos se propuso hace 50 años modificar las leyes que prohíben la eutanasia y el suicidio médicamente asistido. A pesar de estos esfuerzos y, no obstante la persistencia de un grupo minoritario de médicos y legos interesados en un cambio jurídico, nada ha sucedido como resultado de esas primeras disputas. La ley permanece inmutable y la profesión médica aún condena tales prácticas».

Sin embargo, encuentra elementos diferentes en la situación actual: «Esta vez la agitación es diferente. Las encuestas de opinión pública en Estados Unidos y Gran Bretaña indican que existe un creciente interés tanto de los médicos como de los legos por modificar la ley. En Holanda, ya se acepta legalmente la eutanasia, y en el estado de Oregón, Estados Unidos, con base en un referéndum, se legalizó el suicidio médicamente asistido (aunque no la eutanasia). Hace poco se aprobó un proyecto de ley a favor de la eutanasia voluntaria en Australia Septentrional.³⁴ Los agitadores ya no son una pequeña minoría sino un grupo numeroso e influyente de académicos, médicos, legisladores y legos importantes, interesados en el tema».³⁵

Conviene destacar que la causa de este proceso no parece encontrarse en una desvalorización de la vida, al menos en su aspecto ideológico. Más bien parece lo contrario. Nunca ha habido en la Historia una mentalidad tan extendida que defiende que la propia vida es el valor más relevante, más bien, que es el único valor relevante. Esta posición se ha desarrollado a lo largo de un siglo especialmente homicida: el denominado siglo corto, que va desde la Guerra del catorce a la caída del muro de Berlín en 1989³⁶. Es nece-

34 Posteriormente derogado, como es sabido.

35 Callahan, D. En: John Keown (compilador) *La Eutanasia examinada. Perspectivas éticas, clínicas y legales*, Fondo de cultura económica, México, 2004.

36 El siglo no ha dejado mucho, en palabras de Alejandro Llano: «Como se ha dicho acertadamente, el muro de Berlín, cayó hacia ambos lados,

sario dilucidar, en consecuencia, cómo una cultura que valora de una forma tan extrema la propia vida acaba justificando la eutanasia. El problema se presenta en la relación entre tres términos: vida, dolor y muerte; y creo que está bien resuelto en la descripción de autores como Hannah Arendt, Philip Ariés o C.S. Lewis.

Leon Kass vincula la aparición de la demanda del «derecho a la muerte», que tiene una de sus expresiones en el homicidio eutanásico, en el efecto de la tecnologización de la Medicina, que nos hace temer que en fases finales de nuestra vida estaremos expuestos a la debilidad, dependencia o desgracia. No puede olvidarse que de los 2,2 millones de muertes que se producen en Estados Unidos al año, el 80% son hospitalarias y en aproximadamente 1,5 millones de estos casos la muerte viene precedida por decisiones explícitas sobre la suspensión o no inicio de tratamientos médicos.³⁷

El segundo aspecto es analizar el previsible impacto de la legalización de la eutanasia sobre la protección de la vida humana, que es pieza clave de nuestro sistema jurídico. Pretendemos detenernos en el impacto cultural y social de la legalización sobre la valoración de la vida humana, pero, sobre todo, buscamos recoger los argumentos que

aunque no sean conmensurablemente los dos panoramas que tal caída descubrió: al Este, el vacío de un sistema totalitario en el que —salvo algunos intelectuales europeos y americanos— nadie creía ya; al Oeste, la oquedad cultural del Estado del bienestar cuya insolidaridad provoca, paradójicamente, un creciente malestar». Humanismo cívico, Ariel, Barcelona, 1999, 22.

37 Kass, L.R., op.cit., 201.

desde el Derecho aconsejan no proceder a la legalización.

La eutanasia, desde la perspectiva jurídica contemporánea, supone introducir una excepción en la protección general de la vida humana. En sentido estricto, supone otorgar la autorización a una persona para que mate a otra. Desde el punto de vista social, consiste en otorgar la autorización a un determinado grupo social, el personal sanitario y los comités de revisión a la holandesa, para que puedan matar, sin consecuencias jurídicas, a las personas inmersas en una serie de circunstancias, que prácticamente las definen como un grupo social especialmente vulnerable y dependiente. De esta forma, una serie de individuos en situación objetiva de superioridad reciben autorización para matar a otras en situación objetiva de dependencia. El asunto adquiere una connotación aún más grave si consideramos que parte de los sufrimientos de los sujetos a los que se les podría aplicar la eutanasia tienen su origen social, y que la solución eutanásica permitiría eludir la solución de esos problemas sociales.³⁸

38 Como mantenía entonces Francesc Abel: «Piensen en otro caso: paciente pobre con severa artrosis, que reduce su movilidad de tal manera que prácticamente le imposibilita la deambulación. Vive en un quinto piso sin ascensor, su esposa falleció hace meses, considera que su vida no tiene sentido y solicita la ayuda a un profesional de la medicina para suicidarse, para el suicidio asistido —que también podríamos llamar homicidio consentido, lo que tendría implicaciones legales distintas— o dimitir de su vida, como alguien lo prefiere llamar.

Yo conozco estos casos y hay que decir que es durísimo aceptar vivir de esta manera, pero a mí no se me ocurre decir a nadie que se arroje por la ventana y ahorre sufrimientos a médicos,

Desde el punto de vista jurídico, será muy importante determinar si es posible mantener la autorización dentro de los límites que pretenden, en principio, los defensores de la legalización. Igualmente cabe preguntarse si los casos de eutanasia efectivamente practicada serán predominantemente los que se presentan en la argumentación sentimental acerca del problema. La carga de la prueba recae, desde mi punto de vista, en quienes pretenden la legalización. En efecto, se trata de una excepción muy relevante a la protección jurídica de un valor como la vida, que es básico y presupuesto de los demás derechos y valores. Por supuesto, esta posición ante la carga de la prueba no es pacífica. Los partidarios de la eutanasia la invierten, insistiendo en que los agoreros podrían paralizar cualquier novedad o innovación ética o jurídica con la amenaza de los males que se producirían previsiblemente de adoptarse la novedad en cuestión. Así R.G. Frey, de forma muy ilustrativa, afirma: «Hace ya tiempo que los argumentos que aluden al temor de que determinadas actitudes supongan abrir la puerta al caos forman parte del panorama ético y se esgrimen para poner en duda la licitud moral de todo tipo de actos entre los que, en años recientes, ocupan un lugar destacado el aborto y la eutanasia. De hecho, tantas veces como se

utilizan estos argumentos, tantas veces se encarga la realidad de desmentirlos. Se ha anunciado tantas veces la catástrofe final, se ha afirmado tanto que se empieza por quitar la vida y se termina en los campos de concentración nazis (o lo que los partidarios de esos argumentos consideran el equivalente moral de los nazis) que el mero hecho de que no haya sucedido y de que los campos de concentración no hayan vuelto parece debilitar los argumentos catastrofistas».³⁹

Personalmente no soy partidario de los argumentos catastrofistas, pues la alternativa no suele establecerse entre un régimen o sociedad justa y un sistema absolutamente caótico sino entre un sistema injusto y otro injusto. El mundo, las empresas o los intelectuales pueden convivir con el sistema gravemente injusto sin que aparentemente pase nada, incluso con los campos de concentración. Lo hemos visto con Camboya hace unos años o con China en la actualidad. Supongo que el día que los cartagineses iban a sacrificar a sus hijos se levantaban normalmente, tomaban su baño y cuidaban sus preciosos jardines llenos de granadas, como en Rusia la gente desayunaba mientras su vecino era transportado hacia Kolima. En este sentido puede uno transitar por una ciudad perfectamente civilizada como Madrid, mientras se está abortando a todos los niños con síndrome de Down, tomar una pizza en el East End de Nueva

jueces y abogados. Es mejor preguntarnos por qué nosotros no creamos aquellas condiciones sociales que posibiliten una mejor atención para estas personas...Triste es la sociedad que decide eliminar a los pacientes para evitarles sufrimientos causados por problemas de tipo social». Senado – comisión, 16 de febrero de 1999, nº 388, 5.

39 Frey, R.G. «El temor a dar un paso hacia el abismo». En: *La eutanasia y el auxilio médico al suicidio*. Cambridge University Press, Madrid, 2000, 67.

York mientras se producen los abortos por nacimiento parcial, o encontrar las calles holandesas muy limpias a la vez que en una de las preciosas casas se elimina a una persona de la que se predica que su vida no merece la pena vivirse.

Puestos a analizar proyecciones equivocadas, no estaría de más observar la diferencia que se produce entre la descripción del futuro que realizan los utopistas partidarios del radicalismo moral, una vez que se admita la innovación radical, y la realidad que es observable apenas pasados unos años. Realidad, por cierto, de la que nadie se hace responsable. Los ejemplos son muy numerosos. Así, la descripción del consumo adulto de drogas de la que hablan algunos intelectuales no tiene nada que ver con la realidad de La Celsa. También merece la pena comparar la descripción utópica de la «liberación sexual» contenida en los textos de la contracultura de los años 50 y 60, con la realidad del turismo sexual, la explosión de la prostitución, presencia agobiante de la pornografía o incluso el incremento de los índices de delitos sexuales.

Frente a los problemas que abriría la legalización, algunos autores insisten en los que produciría la no regulación de un fenómeno que estaría teniendo una incidencia relativamente alta en nuestros hospitales. Así, Rubert de Ventós explica: «Todo este discurso que consiste en decir que no podemos tocar la vida sagrada, que el individuo no puede decidir sobre su vida, que hay que dejar seguir los procesos, que podemos hacer cosas paliativas pero que no podemos anticipar la muerte, no hace más que favorecer que

todos estos factores que decía operen por libre y no controladamente».⁴⁰

Me temo que la referencia a los datos de una supuesta realidad clandestina, no controlada ni probada, puede servir para legalizar cualquier cosa. Es un argumento que, manejado en el caso del aborto clandestino, ha tenido por efecto únicamente la trivialización del aborto.

Sobre esta cuestión Gonzalo Herranz, entre otros, ha destacado el nuevo recurso al argumento del control de la práctica que tanto efecto tuvo sobre el aborto: «Sobre todo, y esto es lo más reciente y alarmante, se empieza a utilizar el argumento que más peso tiene en la legalización del aborto: que por haber caído la práctica de la eutanasia en manos de gentes incompetentes y desalmadas, es necesario ponerla bajo la responsabilidad de los médicos. En un libro reciente, titulado «Angels of death: exploring the euthanasia underground», el profesor australiano Roger S. Magnusson revela sus pesquisas sobre esa eutanasia marginal. Se trata de una antología de horrores que revuelven el estómago y entristecen el alma».⁴¹

40 Senado - Comisión, 27 de septiembre de 1999, n° 481, p.4. Esta observación fue muy bien acogida por la senadora Rodríguez-Fouz, que le contestó: «Quiero comenzar diciéndole que agradezco que haya planteado los efectos perversos que puede tener una no regulación de la eutanasia. Nos hemos acostumbrado en esta comisión a la utilización de los hipotéticos efectos perversos de una posible regulación como argumento en contra de la misma, y por cierto, esos efectos se nos han presentado siempre como algo seguro e inevitable». Senado-Comisión, 27 de septiembre de 1999, n° 481, p. 5.

41 Herranz, G. «La metamorfosis del activismo pro-eutanasia».

11. Pendiente deslizante

La postura que manejo no se identifica estrictamente con el argumento de la pendiente deslizante o del plano inclinado. Es decir, la suposición de que una determinada innovación social produce efectos de deslizamiento que perturban su aplicación exacta, de forma que una consideración moral positiva respecto al hecho original, matar en ciertos casos por compasión, se convierte en una valoración moral negativa por los efectos en pendiente.

Debemos ser conscientes de que la teoría del plano inclinado está bastante desacreditada. Esta posición, según la cual una decisión en un determinado punto puede producir un efecto de desprotección mayor que el buscado, exige, en primer lugar, un criterio prudencial que choca con la forma de argumentar desde pretensiones absolutas, que es propio de nuestra época. Además, como recurso dialéctico, ha sufrido numerosos abusos y tiende a mezclarse con los anuncios de desgracias inmediatas que suceden a cualquier reforma. Al que la utiliza le exige escaso interés en la demostración, siendo ésta la razón fundamental de su abuso.

A la teoría de la pendiente deslizante, sin matizaciones, le sucede lo que a la teoría del dominó en la política internacional anticomunista en el pasado o incluso ahora mismo en lo que se refiere a la intervención antiterrorista, es tan sencilla de formular como difícil de probar.⁴²

⁴² El uso de la teoría del dominó surgida en la época Truman, tuvo su ejemplo más desafortunado en la Guerra del Vietnam. Una adecuada

De todas formas, es un argumento de carácter prudencial que se ha utilizado por bioéticos y juristas de reconocido prestigio. Diego Gracia, ante el Senado, lo recoge en las siguientes palabras: «Dicho de otra manera —ya sé que la expresión tiene mala fama o mala prensa—, la acción transitiva que se realiza en el cuerpo de otra persona para poner fin a la vida, a mí me parece que es peligrosa porque abre un camino que luego es difícil de parar. Éste es el famoso argumento de la pendiente resbaladiza. Esto en ética es importante porque la prudencia es la virtud que intenta prever las consecuencias y evitar decisiones de las que nos podamos arrepentir después. Pero si esto es ética, también es política. Es decir, en política y legislación me parece que argumentos como el de la pendiente resbaladiza tienen que ser muy tenidos en cuenta».⁴³

John Keown al analizar el proceso de la eutanasia en Holanda se pregunta si la experiencia confirma los alegatos de los defensores de la eutanasia voluntaria, es decir, que esta queda circunscrita a los casos pretendidos, o más bien confirma las alegaciones contrarias por la que a través de una pendiente deslizante acaba admitiendo la eutanasia sin previa solicitud. Para ello distingue en el argumento de la pendiente deslizante dos caras: «En su forma lógica, el argumento afirma que la aceptación de la eutanasia voluntaria

crítica pueda leerse en la obra de Hannah Arendt, «La mentira en política». En: *Crisis de la República*. Taurus (2ª ed), Madrid, 1998, especialmente en las pp. 32 y ss.

⁴³ Diego Gracia, Senado - Comisión, 16 de junio de 1998, nº 307, p. 23.

conduce a la aceptación de, por lo menos, la eutanasia no voluntaria (es decir, la muerte de pacientes incapaces de solicitar la eutanasia, como los neonatos y aquellos que padecen demencia senil) debido a que se apoya en el juicio de que algunas vidas «no tienen valor».

«En su forma empírica, el argumento de la pendiente resbalosa sostiene que, incluso si en principio pudiera trazarse una línea entre la eutanasia voluntaria y la no voluntaria, ocurriría un deslizamiento en la práctica, debido a que las salvaguardas para prevenirlo no son efectivas».

El primer argumento hace referencia, por lo tanto, a la construcción de un concepto de vidas que no merece la pena que sean vividas, construyendo una distinción respecto a la igual dignidad de los seres humanos y la igual obligación de preservar su vida.

En su argumentación contra el bioético John Harris, el filósofo del Derecho John Finnis señalaba acertadamente este paso: «Así, la inclinación de Harris a clasificar a la gente en dos grupos, las personas que deben vivir y las personas que deben morir, constituye una vívida ilustración del cambio que ocurriría en el carácter —y en la conducta— del mundo si éste se desviara del camino de la tradición común y adoptara su ética consecuencialista. En la tradición común, la pregunta de si un acto u omisión letal, pero no intencionalmente letal, es culpable, no se responde haciendo esa clasificación de la gente. Se responde considerando las interrelaciones entre las varias responsabilidades en competencia de la persona cuyos actos u omisiones están bajo consideración (y

esta persona podría ser la misma cuya vida está en juego)».⁴⁴

Como argumenta Keown, los médicos no son autómatas y el tipo de juicio inscrito en la eutanasia, hay un tipo de pacientes que pueden o deben ser eliminados, tiene efectos concretos.

El segundo argumento requiere constatación empírica y ésta se encuentra a nuestra disposición. En efecto, ya ha pasado suficiente tiempo desde la legalización de la eutanasia holandesa como para que podamos observar los efectos de los sucesivos intentos jurídicos, primero la legalización mediante no intervención de la fiscalía ante ciertas declaraciones en los certificados de defunción, luego la legalización en sentido estricto.

Respecto a los efectos, Robert Twycross es concluyente: «La pendiente resbalosa es una expresión que se utiliza para referirse a una cadena de acontecimientos que concluirá en algo indeseable. En el contexto del debate sobre la eutanasia se refiere al peligro de que la eutanasia voluntaria conduzca a la eutanasia no voluntaria (incluso a la eutanasia involuntaria). Los promotores de la eutanasia voluntaria luchan fuertemente contra tal posibilidad. Sin embargo, el informe de una comisión establecida por el gobierno holandés (llamado informe Remmelink) demuestra, más allá de toda duda, que en Holanda la pendiente resbalosa es una realidad. De acuerdo con este informe, la eutanasia impuesta ya ocurre en Holanda.

44 Finnis, J. «Mala interpretación del argumento contra la eutanasia: respuesta a la primera réplica de Harris». En: John Keown, *op.cit.* 101.

De hecho, en una gran parte de los casos se practicó la eutanasia sin el consentimiento explícito del paciente».⁴⁵

El informe Rummelink parte de una encuesta encargada por el Gobierno holandés tras su decisión de 1989 para observar los efectos de la despenalización «sui generis» de la eutanasia. Concluye que se produjeron unos mil casos de eutanasia sin petición previa pero considera que una mayor atención los evitaría. Mil casos en 1990 es ya una cifra capaz de conmover a otros que no fueran los miembros del comité. Sin embargo, de los mismos datos John Keown, por ejemplo, concluyó que el número de muertes sin consentimiento había sido mucho mayor y que el número de eutanasias superaba también las cifras oficiales.

De la estadística de la encuesta, Keown concluye que ya en aquella etapa primera de la eutanasia holandesa, sin considerar la presión indirecta para pedir la eutanasia, tema capital que no se analiza, se produjeron las siguientes muertes:

«Hasta aquí las cifras de la eutanasia en su sentido más estrecho: la terminación activa de la vida de un paciente a solicitud de éste. Sin embargo, los autores del estudio siguieron adelante, e hicieron una estimación de la eutanasia en un sentido más amplio, aunque todavía preciso y realista. Estimaron que en otros 1000 casos (0,8% de todas las muertes) los médicos administraron drogas «con el propósito

explícito de apresurar la muerte sin una solicitud explícita del paciente».

«Y por encima de esto se encuentran otras evidencias producidas por la encuesta que no fueron adecuadamente consideradas por los autores en su comentario, y es que muchas otras DMCFV también estuvieron relacionadas con intento de apresurar la muerte. Se administraron drogas paliativas «en dosis tan elevadas... que... casi seguramente acortaron la vida del paciente en 22.500 casos (17,5% de todas las muertes). En 65% de estos casos (14625) el doctor administró el medicamento «tomando en cuenta la probabilidad de que la vida fuera acortada», pero en 30% (6750 casos) fue administrada «en parte con el propósito de acortar la vida», y en otro 6% (1350 casos), «con el propósito explícito de apresurar la muerte».

Además, los médicos retiraron el tratamiento sin solicitud previa del paciente en otros 25000 casos y, durante el lapso en que se realizó la encuesta, aproximadamente 90% de estos pacientes ya habían muerto. En 65% (16250 casos), el tratamiento no fue iniciado o retirado «tomando en cuenta la probabilidad de abreviar la vida» pero en 19% (4750 casos), se actuó «en parte con el propósito de acortar la vida». En otro 16% (4000 casos), se hizo esto «con el propósito explícito de abreviar la vida».

La conclusión de Keown, ampliamente discutida por Van Der Wal y otros autores del informe, es que la pendiente resbaladiza está ocurriendo en Holanda como precedente de cualquier otro intento de legalización: «Esta estadística sugiere más

45 Twycross, R. «Donde hay esperanza, hay vida: una perspectiva desde el asilo». En: John Keown, op.cit. 223.

bien la pertinencia del argumento de la «pendiente resbalosa». Lo pertinente del argumento está fundamentado en el hecho de que los médicos tenían como objetivo primario abreviar la vida de unos 5500 pacientes sin su consentimiento explícito (estos datos son representados en la encuesta como adicionales a los 10000 casos en los que el objetivo secundario era el acortamiento de la vida de los pacientes sin su solicitud explícita). La pertinencia es suficientemente sorprendente incluso si sólo consideramos los 1000 casos en los que se administró una droga letal sin una solicitud explícita, en especial si consideramos que estos pacientes no fueron muertos por una minoría de médicos rebeldes. Por el contrario, la mayoría de los médicos reconoció que habían matado sin solicitud previa o que estaban dispuestos a hacerlo».⁴⁶

El argumento de la pendiente deslizante es simplificado por Dworkin para refutarlo. Según este autor, los defensores del argumento entienden que si los médicos se habitúan a matar, matarán a personas que no quieren ser eliminadas. Su respuesta afirma que los médicos conocen bien la diferencia entre matar a petición y otras formas de matar. La confianza es encomiable pero no responde a la compleja argumentación, por ejemplo de Kass, sobre la ruptura del tabú del homicidio cuando se le considera un bien. Si el homicidio deviene un acto médico, tenemos un grave problema de juicio y de garantías jurídicas. A eso, como veremos, se refiere la

teoría de la pendiente deslizante. Respecto a la deriva holandesa, dice que eso no se refiere al caso americano, que contempla el suicidio asistido. Podríamos considerar que eso no es lo que quiere contemplar Dworkin pero sí lo que aparece en los casos Cruzan o Schiavo, donde no hay ningún tipo de suicidio y sí una discusión sobre las formas dignas de vida.

El propio Jack Kevorkian, al contemplar el caso de la pendiente resbalosa, lo rechaza de nuevo afirmando que el sistema jurídico debe construir garantías para evitar la extensión. No dice cómo, aunque parece confiar en que su inclinación por el suicidio asistido frente a la eutanasia, en sentido estricto, es la más eficaz forma de control. De nuevo, como otros argumentadores ignora la carga de la prueba que corresponde al que propone una reforma legislativa.⁴⁷

A Ronald Dworkin le parece más aceptable el argumento sobre la presión sobre los enfermos, lo que podríamos denominar moralización de la eutanasia, cuando aumenta la presión sobre el enfermo para que opte por esta «solución» humanitaria. Pero se sale por la tangente al afirmar que el Estado tiene medios para garantizar que esto no sucederá rechazando estos casos. No es ésta la experiencia holandesa ni lo que deduce el informe inglés al que antes nos referimos. Dice que ninguna legislación es perfecta pero ignora que la carga de la prueba sobre la superación de la imperfección corresponde a quienes proponen la reforma. Al final, su argumentación se reduce a un juicio prudencial sobre la

⁴⁶ Keown, J. «La eutanasia en Holanda». En: John Keown. op.cit. 381.

⁴⁷ Kevorkian, J. op cit, 266.

injusticia en la que se encuentran quienes efectivamente quieren la eutanasia y no se les proporciona.⁴⁸

La postura que expondré se basa en dos premisas diversas de las que se encuentran en una consideración conservadora de la teoría de la pendiente deslizante.

La primera se refiere a las circunstancias relevantes que necesariamente deben considerarse al hacer una valoración jurídica o política de un problema, o de una innovación legislativa, y que no suelen coincidir con las que se consideran en el análisis moral al uso.

La segunda se refiere a los efectos necesarios que tiene una determinada opción, en el caso que nos ocupa consistente en disminuir la protección jurídica de la vida humana inocente.⁴⁹ Efectos que no son

un deslizamiento hacia el nazismo, por utilizar otro tópico sobre la eutanasia, sino que afectan a los grupos vulnerables, sin salud y sin dinero, en nuestra sociedad tal como es, y como sería tras una perversión absoluta en un futuro hipotético. Y es que además, sorprende que toda la ácida crítica social de ciertos partidarios de la liberación, se convierta en visión naïf cuando se trata de ver los efectos de una determinada medida predicada como instrumento de dicha liberación.

Es muy ilustrativa ver la comparación que puede establecerse entre la imagen que, por ejemplo, el discurso abortista establece en relación con los practicantes de esta forma homicida y la realidad de la visión que dan quienes estuvieron inscritos en el movimiento y luego lo han abandonado, por convicciones éticas que les han supuesto un notable coste personal. Sirva este último dato para dar cuenta de la sinceridad de sus actuales convicciones y despejar las dudas sobre su posible manipulación. Nathanson, en su momento rey del aborto y una de las personas que más influyó en la legalización americana, es claro en su juicio sobre sus compañeros de actividad: «Los médicos que heredé cuando me hice cargo de la dirección de la clínica podrían no haber tenido necesidad de una autoprotección psicológica tan sutil (se refiere a la técnica del desdoblamiento utilizada para acallar la conciencia de quienes participaban en los experimentos del Tercer Reich). Eran una cuadrilla compacta de delincuentes profesionales descargados de todo bagaje ético o moral. El Dr Eliezar Schkolnick, un ruso de mediana edad, bajo panzudo y

48 Dworkin, R. «Do we have a right to die?» Primero recogido en: *Freedom's Law: The moral reading of the American Constitution*, Harvard University Press, Cambridge, 1996 y luego en: *Last rights. Assisted Suicide and Euthanasia Debated, Ethics and Public Policy*, Michael M. Uhlmann editor, Washington, 1998, 91-92.

49 En este sentido, Carmen Tomás-Valiente distingue entre la ratio del artículo 149 del Código Penal, que sanciona la eutanasia, y el bien jurídico protegido. «Así, no parece en absoluto incorrecto afirmar que la razón por la que el legislador ha decidido perpetuar la prohibición de las conductas que nos ocupan es, al menos en el ámbito eutanásico, el temor a que una eventual desincriminación no pueda rodearse de unos sistemas de control que garanticen suficientemente la voluntariedad de la decisión de morir, pero que ésta pueda ser la ratio del artículo 143 no ha de confundirse con la determinación de su objeto de protección, que sigue siendo en cada caso la vida del suicida, a cuya voluntad de morir ha decidido el ordenamiento —probablemente en gran parte por las razones mencionadas— otorgar una relevancia sólo atenuatoria». La cooperación al suicidio y la eutanasia en el nuevo Código Penal, Tirant lo Blanc, Valencia, 2000, 26.

voluble, caracterizó el tipo de buitres carroñeros que se cebaron con la revolución del aborto en sus primeros días. Además de trabajar en nuestra clínica, estaba también en el equipo de una clínica de abortos que estaba en funcionamiento dos pisos más abajo en el mismo edificio».⁵⁰

Este conjunto de razones fundamentan las recomendaciones del informe que el New York State Task Force on Life and The Law realizó en 1994, a fin de que no se modificasen las leyes del Estado de Nueva York que prohibían el auxilio médico al suicidio y la eutanasia.

El informe se resume en ocho conclusiones:

- La primera es que la norma prohibitiva se justifica por el interés que debe tener el Estado para prevenir los errores y abusos que sucederán de forma necesaria si se autorizase a médicos u otras personas a ayudar a morir (en el sentido de ayudar a morir que manejan los eutanásicos).
- La segunda es que la carga de la prueba que imponen las leyes que prohíben la eutanasia se refiere a algunos individuos que están en pleno uso de sus facultades mentales y que, tras ser correctamente informados, deciden acortar la vida de forma artificial con apoyo ajeno. Pero esta legalización supone una amenaza para un número mucho mayor de personas que podrían acogerse a esta opción sometidas a depresión, coacción o un dolor intenso que no recibiera tratamiento.

- La tercera es que las leyes que prohíben el auxilio al suicidio sirven a objetivos sociales valiosos como son la protección de individuos vulnerables, el fomento del cuidado activo y el tratamiento de los enfermos terminales e impiden que se dé muerte a enfermos incompetentes.
- La cuarta es que, aunque la petición deba proceder del paciente de forma inevitable, los médicos podrían ejercer coacciones o persuasiones no legítimas. Por otra parte, en el contexto de preocupación por los costes sanitarios resultaría mucho más barato administrar una inyección letal que mantener a un paciente en fase terminal.
- La quinta es que la política no puede basarse en una situación ideal cuando la realidad, muchas veces, es muy distinta.
- La sexta es que, al legalizar estas prácticas, embotamos nuestras percepciones morales, en cuanto la prohibición de la eutanasia refuerza la noción de límites en las relaciones humanas.
- La séptima es la dificultad de trazar un límite para la eutanasia una vez que no se acepta que la enfermedad terminal sea el criterio definidor, y por tanto los criterios de evaluación tienden a subjetivizarse y a ampliarse.
- Finalmente, la octava es que, constituida la eutanasia en un criterio terapéutico, parecerá arbitrario privar de este beneficio a los pacientes incompetentes.⁵¹

50 Nathanson, B. *La mano de Dios*, Palabra, Madrid, 1997, 133.

51 *When Death Is Sought: Assisted Suicide and Euthanasia in the Medical Context*, Albano, Nueva York, mayo de 1994.

Se trata de un resumen de las objeciones a la eutanasia dentro de una política legislativa real, basada en la realidad hospitalaria, social y en la complejidad de las relaciones sociales. También atiende al objeto de las normas que sancionan el homicidio que es garantizar la igualdad de trato y la universalidad de protección frente a las acciones homicidas. Contra este conjunto de argumentos han chocado hasta ahora los intentos despenalizados en la mayor parte de las sociedades y específicamente entre nosotros.

Donde han triunfado las pretensiones eutanásicas el resultado ha sido el previsible según los críticos. Así sucede en la experiencia holandesa, donde la extensión de la eutanasia a casos fronterizos y la ausencia de rigor en el control de la autenticidad de las solicitudes son un hecho comprobado. Hasta el extremo de que, como hemos visto, el caso holandés suele utilizarse como ejemplo de la imposibilidad de mantener a la eutanasia dentro de unos límites «razonables». Así, Gonzalo Herranz⁵² ante la Comisión

52 «A la vista de este panorama general... Lord Walton of Trenchant, un anatomopatólogo como yo, presidente de la Comisión de Sanidad de la Cámara de los Lores, cuando por cuarta vez en lo que va de siglo se introdujo un proyecto de legislación de eutanasia en el Reino Unido, tuvo la feliz idea —que yo cuento a la presidenta—, como buen empirista, pues era un médico pegado a lo material, de decir: «No podemos opinar de eutanasia si no vemos la eutanasia en acción». Así, junto con los ocho miembros de la Comisión, estuvo tres meses en Holanda visitando los centros, interrogando a los médicos y viendo a las familias y a los pacientes. Al regresar, estableció la norma de que es imposible poner límites a una legislación sobre eutanasia». Gonzalo Herranz, Senado - Comisión, 16 de junio de 1998, n° 307, p. 5. Gonzalo Herranz

del Senado, e igualmente Diego Gracia, quien al referirse a la regulación entonces vigente afirmó que «hay varias razones. En primer lugar, pongo el ejemplo holandés que yo conozco bastante bien. Como saben ustedes, allí la eutanasia no está legalizada, está despenalizada en ciertos supuestos, los cuales en principio eran a petición explícita de los pacientes. Cuando se ha hecho el informe Remmelink, hace algún tiempo se ha visto que un porcentaje muy alto de actuaciones occisitas —para no llamarlas eutanásicas— no se hacen con consentimiento de los pacientes. Es un hecho que está ahí».⁵³

Por supuesto, el juicio de los partidarios de la eutanasia es muy diverso. Así Henri Caillavet, miembro destacado de la Asociación Derecho a una Muerte Digna de Francia, hace una descripción benevolente de la práctica holandesa: «Hay países que nos dan ejemplo, como son la Suiza alemana y los Países Bajos. Hemos hablado con profesores de Rotterdam y Amsterdam. Ellos han practicado y practican de 3000 a 3200 eutanasias al año, y nos han explicado que para ellos la

sostiene que ya el informe Remmelink del fiscal general de Holanda en 1991 (The Lancet, 14 de IX de 1991), indica un deslizamiento en la expansión de la eutanasia. En 1996, el 28 de noviembre, The New England Journal of Medicine publica un informe realizado por P. J. Van der Maas y G. van del Wal por encargo del Gobierno holandés, en el que se evalúa la aplicación de la legislación y del que cabe deducir un aumento de las muertes por eutanasia del 1,9% en 1990 al 2,3% en 1995, con un total de 3120 casos. La práctica de la eutanasia sin consentimiento se mantiene en torno al 0,7%».

53 Diego Gracia, Senado - Comisión, 16 de junio de 1998, n° 307, p. 23.

eutanasia era una cura paliativa, era una manera de morir. Una persona dice: no quiero vivir, me encuentro en el corredor de la muerte. ¿Qué hago? ¿Espero? No, me doy la muerte y pido morir. ¿Qué es lo que nos han dicho estos profesores de la facultad de Medicina que practican la eutanasia? Pues bien, son protestantes; tienen una libertad de expresión mucho más rigurosa que otros países, como Francia, en los que nos pesa la religión. Estos profesores siguen un protocolo. El Ministerio de Justicia y Sanidad establecen directivas, y el médico o el enfermero que practican la eutanasia se ven obligados a seguirlas. Si las siguen, informan al procurador de la Reina y comunican que han practicado la eutanasia. En este momento se inicia una investigación y sobre las 3200 eutanasias que se han practicado el año pasado, 1998, sólo ha habido cuatro quejas y todas han sido resueltas. Ésta es la propuesta hecha por los holandeses»⁵⁴.

El texto es enormemente ilustrativo. En primer lugar, en cuanto alimenta el prejuicio de que el debate sobre la eutanasia se inscribiría en un enfrentamiento entre cultura católica y cultura protestante, más libre esta última incluso en lo que afecta a la libertad de expresión. Esta observación parece venir más de los prejuicios del interviniente, querría un país que al menos fuera protestante si no totalmente «laico», que de una observación de la realidad del debate de los países en donde conviven ambas culturas. Ni en Gran Bretaña, ni sobre todo en Estados Unidos el debate

sobre la legalización del homicidio a petición transcurre entre líneas marcadas por la pertenencia a la religión, supuestamente menos partidaria de la libertad de expresión, y las más partidarias. En segundo lugar, la visión sobre Holanda está tan edulcorada que apenas es reconocible. Se trata del discurso de un militante, no el análisis de la realidad social. Al menos se han perdido las mil muertes del informe Remmelink. Finalmente, la ausencia de casos controvertidos dice mucho más sobre la ausencia de mecanismos de control, es decir, sobre la ineficacia de las sucesivas leyes que sobre la honestidad de la práctica. Si se me permite la comparación incorrecta, la falta de procedimientos por el homicidio de negros a manos de blancos en la Alabama del año treinta es muy indicativa de la falta de protección igual de la vida de todos los ciudadanos en ese Estado, en aquel momento histórico.

Un ejemplo claro de lo que decimos se ha dado entre nosotros con la legalización limitada de la interrupción voluntaria del embarazo. Esta legalización mantiene analogías con la que se pretende hacer en el caso de la eutanasia. En ambos casos, se trata de excepciones limitadas a la protección jurídica del valor vida, justificadas con fines humanitarios. Si recordamos la tesis general, parece ser que el valor vida está protegido en el feto, incluso penalmente, y que sólo en unos casos limitados este valor cede, ante el hecho de que interfiere con otros valores relevantes para el ordenamiento. Sólo cuando se dan una serie de circunstancias y de requisitos, incluso de procedimiento, el sistema penal no actuaría contra el aborto. En

⁵⁴ Senado - Comisión, 20 de abril de 1999, n.º 241, p. 4.

todos los demás casos, sigue vigente la prohibición e incluso la sanción.

Cualquier observador de la práctica abortiva en España sabe que esta descripción es falsa. El control sobre los requisitos es inexistente. Cuando se actúa es a instancia de parte, pues la presión sobre quien intervenga de oficio es brutal. Si sobreviniese alguna condena, ésta ha quedado lo suficientemente reducida en el actual Código Penal para que no se cumpla con ingreso en prisión o se indulte tras unánime petición del Congreso. Y es que al quedar reducida la discusión, en la ficción del caso penal, al cumplimiento de alguna condición personal, como si es psiquiatra o psicólogo quien certifica; a una apreciación de la *lex artis*, «existe riesgo o malformación o no existe»; o incluso a un error de plazo, la tendencia es a no ser riguroso en la investigación ni en la sanción. Es de temer que en el caso de la eutanasia tengamos más de lo mismo respecto al control de los requisitos.

Como hemos indicado, por ejemplo en «Retos jurídicos de la bioética»⁵⁵, en los casos bioéticos la diferencia entre despenalización y legalización se difumina hasta hacerse irreconocible. Las despenalizaciones propuestas —debido a la intervención del sistema sanitario— son distintas de las conductas toleradas: piénsese en algunos países con la prostitución o en las causas que excluyen la punibilidad, como la legítima defensa.

En efecto, nos encontramos ante despenalizaciones con procedimiento.

En otras palabras, se trata de arbitrar un procedimiento que, en determinadas circunstancias, facilite el acceso a una acción que tienen características terapéuticas desde un punto de vista técnico. Es decir, que permite acceder a un servicio que se lleva a cabo en clínicas, del que se hace propaganda, en el que se especializan médicos o que realiza tras un procedimiento jurídico el propio Estado.

El procedimiento hace que antes del acto, mediante una norma penal, se faculte una acción que es reivindicada ante el Estado y del que existe un control público. Es trascendente, además, que la acción abortiva o eutanásica se incluye entre las prestaciones que corresponden a la sanidad pública.

El procedimiento genera, en cierta forma, un derecho, que es lo que, por otra parte, reivindican los casos en los que los partidarios vinieron retando al Estado y a la legislación. Tanto en el caso Janet Roe sobre el aborto americano como el de Sampedro en el debate de la eutanasia en España. Es normal que esto dé lugar a una concepción por la que el deseo, que entra en las condiciones de la norma despenalizada, deviene un derecho.

Soy consciente del valor pedagógico que representa mantener la diferencia entre legalización y despenalización. Sin embargo, los hechos son tercos y las despenalizaciones con procedimiento sanitario en países como España equivalen a legalizaciones.

55 Serrano Ruiz-Calderón, J.M. Retos jurídicos de la bioética, Eiunsa, Madrid, 2005, 164-165.

Recibido 08-11-2006
Aceptado 14-12-2006



ASPECTOS SOCIALES DE LA EUTANASIA

SOCIAL ASPECTS OF EUTHANASIA

ROBERTO GERMÁN ZURRIARÁIN

Universidad de La Rioja

Calle Magisterio 2, 1ª dcha.

26004. Logroño. España

roberto.german@unirioja.es

RESUMEN:

Palabras clave:

Dignidad, eutanasia, cuidados paliativos, medicina, vidas humanas..

Recibido: 13/08/2018

Aceptado: 11/11/2018

Este artículo analiza el tema amplio de la eutanasia, pero bajo un punto de vista muy concreto, el de sus implicaciones sociales. Se defiende aquí que la eutanasia no es exclusivamente una decisión individual, sino que tiene, sobre todo, una importante repercusión social. Si se aceptara y legalizara la eutanasia, la naturaleza misma de la medicina y la propia identidad del médico sufrirían una profunda transformación. La relación médico-paciente basada en la confianza quedaría rota. También si se refrendara la eutanasia se fomentaría a que el ser humano no fuese valorado por su ser, sino por su capacidad de producir. Ahora bien, las personas vulnerables, frágiles y débiles (dependientes, ancianos, enfermos...) mantienen intacta su dignidad, porque ésta se tiene por el simple hecho de nacer como seres humanos. Todas las vidas humanas merecen la pena vivirse, por muy enfermos y deteriorados que estén sus cuerpos. Admitir lo contrario es entrar en una espiral donde la dignidad del ser humano se convertiría en objeto de ponderación respecto de otro valor, que, en un hipotético conflicto, podría ser pospuesto por otro. Sin embargo, los Cuidados Paliativos tienen en cuenta la dimensión social del fin de la vida del ser humano. Atienden en su totalidad al ser humano enfermo. De ahí que sean la opción más acorde con la dignidad del ser humano al final de su vida.

ABSTRACT:

Keywords:

Dignity, euthanasia, palliative care, medicine, human lifes.

This article analyzes the issue of euthanasia, but under a concrete point of view, that of its social implications. It is defended here that euthanasia is not exclusively an individual decision, but has, above all, an important social repercussion. If euthanasia were accepted and legalized, the very nature of the medicine and the physician's own identity would undergo a profound transformation. The doctor-patient relationship based on trust would be broken. Also, if euthanasia were endorsed, it would be encouraged that the human being was not valued for his / her being, but for his capacity to produce. Now, vulnerable, fragile and weak people (dependent, old, sick ...) keep their dignity intact, because we have this because of the simple fact of being born as human beings. All human lives are worth living, however sick and deteriorated their bodies are. To admit the opposite is to enter a spiral where the dignity of the human being would become an object of weighting with respect to another value, which, in a hypothetical conflict could be postponed by another. However, Palliative Care takes into account the social dimension of the end of life of the human being. They take care of the sick human being in its entirety. That is why they are the option most in line with the dignity of the human being at the end of his life.

1. Introducción

En mayo de 2018, se debatió en el Congreso de los Diputados español una proposición de ley¹ para legalizar, en determinados casos, la práctica del suicidio asistido y de la eutanasia e incluirlas como una prestación más en la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud, o lo que es lo mismo, despenalizarlas y regularlas². Actualmente, la legislación española no las permite³.

Con esta proposición de ley lo que se pretende modificar, en el fondo, es el actual Código Penal, concretamente el artículo 143, para que los cooperantes, de manera directa o indirecta, que participen en la ayuda a una persona que ha pedido morir de manera “expresa,

1 *Proposición de Ley Orgánica de regulación de la eutanasia*. Presentada por el Grupo Parlamentario Socialista. 122/000239. BOCG.

2 De forma breve, el Grupo de Trabajo de Atención Médica al Final de la Vida de la Organización Médica Colegial (OMC) y la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL) han elaborado la Declaración “Atención Médica al final de la vida: conceptos y definiciones”, define la eutanasia como “la provocación intencionada de la muerte de una persona que padece una enfermedad avanzada o terminal, a petición expresa de ésta, y en un contexto médico”. A lo que se puede añadir que la eutanasia es el “acto médico” de matar al enfermo sin la voluntad del enfermo, cuando el enfermo quiere se llama suicidio asistido.

3 Las legislaciones de Andalucía (Ley 2/2010, de 8 de abril, de *Derechos y Garantías de la Dignidad de la Persona en el Proceso de la Muerte*, Boletín Oficial de la Junta de Andalucía, 88, de 7 de mayo de 2010), de Aragón (Ley 10/2011, de 24 de marzo, de *Derechos y Garantías de la Dignidad de la Persona en el Proceso de Morir y de la Muerte*, Boletín Oficial de Aragón, 70, de 7 de abril de 2011), de Navarra (Ley Foral 8/2011, de 24 de marzo, de *Derechos y Garantías de la Dignidad de la Persona en el Proceso de la Muerte*, BON, 65 de 4 de abril de 2011), de Canarias (Ley 1/2015, de 9 de febrero, de *Derechos y Garantías de la Dignidad de la Persona ante el Proceso Final de su Vida*, BOE. 54, de 4 de marzo de 2015), no contemplan la regulación de la eutanasia. Incluso en las legislaciones de Baleares (Ley 4/2015, de 23 de marzo, de *Derechos y Garantías de la Persona en el Proceso de Morir*, BOE, 96, 22 de abril de 2015), de Galicia (Ley 5/2015, de 26 de junio, de *Derechos y Garantías de la Dignidad de las Personas Enfermas Terminales*, DOG, 133, de 16 de julio de 2015, BOE. 228, de 23 de septiembre de 2015), del País Vasco (Ley 11/2016, de 8 de julio, de *Garantía de los Derechos y de la Dignidad de las Personas en el Proceso Final de su Vida*, Boletín Oficial del País Vasco, 16 de julio de 2016), y de Madrid (Ley 4/2017, de 9 de marzo, de *Derechos y Garantías de las Personas en el Proceso de Morir*, BOCM de 22 de marzo de 2017) no aparece el término eutanasia. La legislación de Asturias (Ley 5/2018, de 22 de junio, sobre *Derechos y Garantías de la Dignidad de las Personas en el Proceso del Final de la Vida*) dice que los aspectos relacionados con la eutanasia y con el suicidio asistido son aspectos ajenos a su ley. Ahora bien, estas legislaciones, especialmente, la andaluza, en mi opinión, son la antesala de esta Propuesta de ley sobre la eutanasia, pues ésta es vista como un derecho de la autonomía del paciente, y las leyes autonómicas de muerte digna, por su parte, están destinadas a favorecer la autonomía del paciente a la hora de tomar decisiones en el proceso final de su vida, olvidando la autonomía del médico.

libre e inequívoca” queden exentos de cualquier responsabilidad.

No obstante, este artículo no va a tratar los múltiples interrogantes que suscita los temas de la eutanasia y el suicidio sea éste médicamente asistido o no, ni va a estudiar, en profundidad, la proposición de Ley⁴, sino que va a tratar las implicaciones sociales que conlleva la aceptación de la eutanasia.

Se dice repetidamente que la eutanasia tiene que ser legalizada porque cada uno es dueño de su vida y puede decidir, por tanto, cuándo poner fin a la misma. Sostienen los defensores de la eutanasia que ésta surge de una decisión individual y, por eso, pertenece al ámbito exclusivamente personal.

Esta postura también suele exponerse en forma de preguntas: ¿Por qué tiene que seguir viviendo una persona que quiere poner fin a su vida?, ¿es correcto o no terminar con la vida de quien quiere morir y además lo ha pedido o lo está pidiendo?, ¿es correcto adelantar la muerte de un enfermo al que quedan pocos días de vida?, ¿existe el derecho de cada cual a disponer de su propia vida en el uso de su libertad y autonomía individuales? La petición del propio enfermo para morir o de sus familiares, ¿se convierte en derecho del individuo que el médico tiene que obedecer?, ¿tiene sentido que el enfermo siga vivo cuando la enfermedad o la parálisis restringen nuestra autonomía?

Parece que algunas de estas preguntas se refieren al alcance social que entraña el tema de la eutanasia. Sin embargo, estas preguntas se plantean y se responden desde una perspectiva únicamente individualista, omitiendo cualquier tipo de repercusión social de la misma.

4 Este artículo no es un análisis exhaustivo desde el punto de vista bioético y menos desde el jurídico de la Propuesta de ley, solamente apuntar que en su Exposición de Motivos dice: “No basta simplemente con despenalizar las conductas que impliquen alguna forma de ayuda a la muerte de otra persona, aun cuando se produzca por expreso deseo de esta...”. Pero un poco más arriba también se sostiene que la eutanasia es “un nuevo derecho individual”. Y el artículo 1 afirma: “Objeto de esta ley es regular el derecho que corresponde a las personas a solicitar y recibir ayuda para morir”. Por consiguiente, según esta Proposición de ley, la eutanasia es considerada, en el cuerpo de la Ley, más que como un deseo personal, un derecho individual.

Por otra parte, en Holanda, Bélgica, Luxemburgo, Estados Unidos (Estado de Oregón) está permitida, hoy en día, la eutanasia.

2. ¿Legalización de la eutanasia?

Dicen los defensores de la eutanasia que ésta es un método por el cual un paciente con alguna enfermedad terminal que está pasando por un sufrimiento insoportable, pueda morir con dignidad y tranquilidad sin tener que prolongar más un sufrimiento inútil que solo termina por degradar su condición física, moral y espiritual⁵. Pero, ¿es correcto que los médicos o cualquiera persona pongan fin a la vida de una persona en fase terminal con grandes sufrimientos, si así lo pide el enfermo?⁶.

Este último interrogante nos hace plantearnos: ¿el enfermo, hoy día, (con en el avance de la medicina, concretamente, de las Unidades del Dolor) padece grandes sufrimientos a la hora de morir? En este contexto, ¿el médico tiene que acceder siempre a la petición del enfermo?

Con todo, los principales argumentos, que se utilizan a favor de la eutanasia, son⁷:

- a) Toda persona es autónoma;
- b) Toda persona tiene derecho a decidir sobre su vida;
- c) La falta de calidad de vida que conllevan algunas enfermedades;
- d) No es justo el someter al hombre a circunstancias dolorosas, cuando se tiene el poder de evitarlo.

Pero, estos argumentos omiten las implicaciones sociales que tiene la eutanasia. Por su parte, algunos medios de comunicación⁸, que están a favor de su legalización, utilizan, más o menos, el siguiente silogismo:

5 Por ejemplo, en Casado, M. "Argumentos para el debate en torno a la eutanasia". En: *Morir en Libertad*. Royes, Barcelona, 2016, pp. 17-34; Casado, M. Royes, A. "Documento del Observatorio de Bioética y Derecho sobre la disposición de la propia vida en determinadas circunstancias: declaración sobre la eutanasia (2003; 2010)". En: *op. cit.* pp. 47-56; Sábada, J. "Eutanasia y ética". En: *op. cit.* pp. 57-67. La asociación Derecho a Morir Dignamente, <https://derechoamorrir.org/index.php>. [Consulta: 12/11/2018]

6 Esto no quiere decir que los que están en contra de la legalización eutanasia, aprueben que el enfermo muera con sufrimiento. Estar en contra de la eutanasia, no quiere decir que se esté a favor de la obstinación o ensañamiento terapéuticos. Siempre se quiere, en caso contrario sería irracional, morir sin sufrimiento.

7 Martínez Sempere, E. "El derecho a una vida digna hasta el final: suicidio y eutanasia". *Araucaria. Revista Iberoamericana de Filosofía, Política, Humanidades y Relaciones Internacionales* 3, (2000), 15-24. También en <https://libreshastaelfinal.org/>; <https://derechoamorrir.org/> [Consulta: 11/11/2018]

8 Como, por ejemplo, en el programa de "El Intermedio" de la Sexta, "Los Desayunos de la 1" de TVE1, el periódico "El País" [Consulta: 11/11/2018].

Premisa mayor: Una parte de la sociedad piensa que la vida es sagrada e indisponible; otra parte, en cambio, piensa que cada persona es soberana de sí mismo y, por tanto, puede disponer de su vida.

Premisa menor: En una democracia pluralista, como la nuestra, es intolerable que el legislador favorezca a una de las dos partes.

Conclusión: Por tanto, la legalización de la eutanasia es la única solución que garantiza la libertad individual, eso no hace que todos tengan la obligación de pedir la eutanasia.

Sin duda, este silogismo es atractivo y tiene apariencia de verdad, sin embargo, la premisa mayor es falsa. Prescinde de uno de los contenidos esenciales de la eutanasia: sus efectos sociales. Este "olvido" hace que el silogismo sea incorrecto.

Por otro lado, es un engaño establecer un debate con argumentaciones (repetidas muchas veces) exclusivamente sentimentales y ejemplos extremos y minoritarios de enorme impacto emocional, que buscan la mal entendida compasión⁹, dejando de lado argumentaciones de tipo racional, en las que no sólo se hable de la intención o fin del que obra, sino también del objeto de la acción eutanásica.

3. Dimensión social de la eutanasia

3.1. La vida humana, un bien común

Pensar que la eutanasia sólo redundaría en uno mismo es un grave error. La eutanasia no es sólo un asunto puramente privado o individual, en aras de una falsa autonomía del paciente, o un "derecho" de una persona que ha pedido morir de manera expresa y libre, sino que tiene una importante repercusión social.

En efecto, la eutanasia no sólo afecta al sujeto que toma la decisión de terminar con su vida, compromete siempre a un tercero al que no se puede negar su posibilidad de determinar si está a favor o no de la acción eutanásica y del suicidio asistido.

9 Cf. García Sánchez, E. *Despertar la compasión. El cuidado ético de los enfermos graves*, Astrolabio, Pamplona, 2017.

Además, la posible legalización de la eutanasia elude la cuestión clave y central de este asunto, o lo que es lo mismo, el objeto de la acción: la eutanasia supone eliminar por la vía rápida, terminar o acabar con, matar... al enfermo terminal, al anciano, al tetraplégico.... lo pida el mismo, sus familiares, un representante del paciente, un juez o los “jefes” del hospital¹⁰.

La vida humana es un bien común de la sociedad¹¹. Los retos sociales y éticos, como la eutanasia, están todos interconectados y nos obligan a que proclamemos nuestra responsabilidad unos hacia los otros. El ser humano por ser tal debe cuidar del otro y la sociedad tiene que preocuparse, especialmente, por el cuidado de los enfermos, ancianos y discapacitados. Eso es lo que hace que nosotros y la sociedad seamos verdaderamente humanos.

Por tanto, el tema de la eutanasia nos sumerge en una ética de la responsabilidad colectiva, del cuidado esencial para con los demás. El cuidado del otro, tratado y concebido como un ser humano, hace que se crezca en humanidad.

De ahí que nadie, ni uno mismo, pueda erigirse en dueño absoluto de su vida, como si la vida humana fuese exclusivamente autorreferencial o como si la vida de cada uno no significase nada para los demás. Nuestra vida “vale” para los demás. Es el otro quién nos define y nos da forma como ser humano. No nos podemos entender y entendernos sin el otro. Nuestro existir influye en la vida de los otros.

Eso se debe a que el ser humano no es un ser aislado, sino que es un ser que vive en sociedad, en convivencia con los demás. No se es independiente de los demás, como si no se tuviese relación con los otros. Las acciones de un ser humano influyen en uno mismo y en los

demás. La vida de cada uno y, por lo tanto, también su manera de morir, afecta a todos.

La vida, como bien común, debe de tener las características de universalidad y de gratuidad, de ahí que de este bien común nadie pueda ser excluido. Solo puede alcanzarse e incrementarse a partir de la colaboración de los diversos miembros de la comunidad.

La vida es un derecho, de primera magnitud, de todos los seres humanos. O, dicho de otro modo, es el primero de los derechos fundamentales, porque sin vida no se podría hablar de los otros. Todo ser humano es responsable de la vida de sí mismo y de los otros. Más todavía, el Estado tiene la obligación de proteger y promover el bien común, ya que éste redundará en beneficio de la población.

En definitiva, la vida humana no sólo tiene una dimensión individual, sino también social-colectiva. Justamente, la responsabilidad social consiste, sobre todo, en hacerse cargo de la vida humana débil y frágil de quien ya no tiene capacidad de cuidar de sí mismo. El ser humano es un ser social, y su obrar no está exento de responsabilidad moral hacia el conjunto de la sociedad. Por eso, disponer de la propia vida con la finalidad de morir entra en conflicto con la consideración de la vida como bien común.

3.1.1. ¿Qué es morir con dignidad?

Algunos asocian la eutanasia con el término “dignidad”¹². Consideran justificados ciertos tipos de eutanasia para permitir una “muerte digna”. Pero, ¿puede traducirse la eutanasia por una “muerte digna” para el ser humano? Resulta al menos contradictorio que el concepto dignidad se utilice, desde el punto de vista ético, tanto para defender la legitimidad de la eutanasia, como para negarla, por lo que es urgente clarificar qué se quiere decir cuando se utiliza dicho término.

En efecto, ocurre, con mucha frecuencia, que cuando se utiliza el término “dignidad” se hace un uso equivocado o meramente formal del mismo, haciéndolo depender de la finalidad que su usuario, en cada caso, decida otorgarle.

¹⁰ “Estamos ante otro episodio de la equivocada relación entre medios y fines. La legalización de la eutanasia pretende que el fin de suprimir el dolor justifica el medio de acabar con la vida. Pero sabemos que esto no es así. Gregorio Marañón afirmó que ser liberal consiste en negar que el fin justifique los medios, sino que, por el contrario, son los medios los que justifican el fin. Y aquí, el medio es matar... No es posible que el bien surja del mal. En la valoración de la vida, no caben medias tintas”. Sánchez Cámara, I. *El sentido de la vida que se acaba*. 2018. < <http://www.abc.es/opinion> > [Consulta: 7/10/2018]

¹¹ La acepción general del concepto de *bien común* alude a aquello con lo que pueden obtener beneficios todos los individuos de una comunidad.

¹² Ver Requena, P. “Dignidad y autonomía en la bioética norteamericana”. *Cuadernos de Bioética* 66, (2008), 255-270.

Pero en medio de este uso equivoco del término “dignidad” se puede encontrar un fundamento común. Eso es lo que se hace en este artículo, el término “dignidad” se utiliza con un significado esencial: la dignidad de cada persona radica en su individualidad única y original¹³.

Por tanto, la dignidad de cualquier ser humano es el sustrato de sus características, de sus propiedades.... La vida humana “vale” por sí misma.

No es una preeminencia lograda por razón de alguna actividad o característica, sino lo que se expresa con este concepto es la excelencia del ser humano por el solo hecho de serlo. Su ser es su dignidad. No se es más o menos digno, dependiendo del cumplimiento de una serie de propiedades.

Por eso es errónea, y de la que se derivan falsas conclusiones, aquella postura que considera que la dignidad de la persona humana no radica en su individualidad única y original, sino que lo que le otorga esa excelencia es su conciencia, su memoria, su capacidad mental, su capacidad de autodeterminación, o el disfrute de una calidad de vida... Esta mentalidad vulnera la dignidad humana, y más, al final de la vida.

Todas las vidas humanas merecen la pena vivirse, por muy enfermos y deteriorados que estén sus cuerpos. Si en la práctica se sostiene lo contrario, se corre el riesgo de considerar que una persona humana que ha perdido o ha visto disminuida su autonomía física o mental, carece de una vida digna y se le pueda despojar de la dignidad intrínseca que posee por el hecho de ser humano.

Además, sería abrir una puerta donde la dignidad del ser humano se convertiría en objeto de ponderación respecto de otro valor, que, en un hipotético conflicto podría ser pospuesto por otro. Por consiguiente, la dignidad, que abarca toda la vida de un individuo humano, es el límite absoluto de carácter ético anterior a cualquier tipo de cálculo¹⁴

13 “Es un tipo de dignidad que poseemos los humanos en cuanto humanos: no puede perderse, ni admite gradación alguna. Es a esta dignidad a la que hace referencia el primer artículo de la Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948), cuando sostiene que todos los seres humanos han nacido libres, con igual dignidad y son titulares de los derechos humanos”, Nordenfelt, L. “The Varieties of Dignity”. *Health Care Analysis* 12, (2004), 74.

14 Cf. Montero, E. “¿Hacia una legalización de la eutanasia voluntaria? Reflexiones acerca de la tesis de la autonomía”. *La Ley*,

En este asunto hay que tener claro que estas personas vulnerables mantienen intacta su dignidad, porque ésta se adquiere cuando se nace (el ser humano es digno por lo que es: un ser humano y no por poseer mayor o menor autonomía,) y, por tanto, nunca se pierde.

De tal manera que la dignidad humana, entendida como principio individual y social por excelencia del que se tiene que partir en cualquier diálogo, evita que cualquier ser humano se convierta en juez para decidir si otro carece o no de ella.

Por otra parte, los defensores de la legalización de la eutanasia vinculan la petición del paciente al concepto de dignidad humana. Ésta se expresa en la demanda de reconocimiento al derecho a una muerte digna (derecho inexistente¹⁵ que se defiende en aras de una falsa comprensión de la autonomía humana, esto es, no existe el derecho a quitarse la vida), el cual se enmarca en el ámbito de la intimidad personal. Además, sostienen que la decisión se sitúa en ese ámbito y los demás deben respetarla y actuar conforme a lo que uno ha decidido sobre sí mismo.

3.1.2. El significado profundo de la libertad humana

La vida, como la libertad, es un bien de la humanidad, por eso no puede eliminarse ni siquiera a petición propia. Nadie puede pedir la muerte, como nadie puede entregarse como esclavo voluntariamente¹⁶.

La eutanasia se justifica en aras de la libertad. Pero solo se puede hablar de la eutanasia como un derecho individual, si se parte de un concepto de libertad individualista y solipsista, esto es, cerrado en sí mismo. Esta concepción erigiría la propia libertad en fuente del derecho y, en consecuencia, los deseos individuales serían los creadores de derechos. Desde esta equivocada concepción de libertad se justifica la petición del enfermo.

Suprimir la vida significa destruir las raíces mismas de la libertad. Es un error pensar que existe una libertad

Revista Jurídica Española de Doctrina, Jurisprudencia y Bibliografía 2, (1999), 1722-1729.

15 Marcos Del Cano, A.M. *La eutanasia. Estudio filosófico-jurídico*, Marcial Pons, Madrid, 1999, 153.

16 Cf. Rodríguez, E. “La eutanasia y sus argumentos: reflexión crítica”. *Ars Médica* 2, (2000), 45-57.

individualista todopoderosa y egocéntrica fuera de todo límite racional. En efecto, la libertad sólo es totalmente libre y humana si se traduce en el compromiso individual para hacer el bien, no un mal y morir siempre es un mal.

3.1.3. Los límites de la autonomía de la voluntad

El término “autonomía” es un principio imprescindible y necesario en bioética, pero para esa labor este término tiene que estar vinculado al de dignidad. Pues ésta es más amplia que la autonomía, va más allá. La autonomía es una propiedad de la dignidad. Esto es así, porque hay personas que tienen disminuida o han perdido dicha autonomía y siguen teniendo dignidad. Requena señala tres manifestaciones de lo que significa respetar la dignidad, también cuando se ha perdido la autonomía: “*lavar a los moribundos en lugar de dejarlos sucios, humedecerles la boca para que no la tengan reseca, y trasladarlos cuidadosamente una vez han fallecido*”¹⁷.

Este mismo autor se pregunta:

*“¿Por qué una persona debería respetar la autonomía de otra, y no imponerse sin más por la fuerza? Esta pregunta no es posible contestarla de modo convincente sin la referencia a una categoría ontológica como la de dignidad. Es el «ser hombre», no el poseer mayor o menor autonomía, lo que hace gozar de una dignidad incontestable, lo que ofrece un fundamento sólido para construir una sociedad que respete la igualdad de todos y la no discriminación de algunos de sus miembros”*¹⁸.

Por tanto, la dignidad incluye la autonomía, pero no al revés. Tanto es así que la autonomía no significa aceptar como válida cualquier decisión que vaya en contra de nuestra dignidad. Ciertamente, nuestra sociedad ha hecho suyos como pilares básicos los derechos humanos, de tal forma que debe proteger a los ciudadanos para que puedan ser respetadas sus actuaciones, justamente, en el ámbito de estos derechos.

17 Requena, P. “Dignidad y autonomía en la bioética norteamericana”. *Cuadernos de Bioética* 66, (2008), 261.

18 Requena, P. *op. cit.* 262.

La sociedad garantiza proteger al individuo incluso frente a sí mismo¹⁹, cuando pretenda vulnerar sus propios derechos humanos. Por eso, puede entenderse que la exigencia de tratar a las personas respetando su dignidad, podrá significar, en ocasiones, limitar sus decisiones que vayan en contra de su dignidad, aunque se lleven a cabo de manera autónoma.

3.2. El papel de la profesión médica

Por otra parte, si se aceptara y legalizara la eutanasia, ¿dónde quedaría la autonomía del médico, su identidad profesional y su libre decisión?, ¿Dónde quedaría la *lex artis* del médico llamada siempre a curar o paliar el dolor, y jamás a dar muerte “ni siquiera movido por las apremiantes solicitudes de cualquiera” (*Juramento Hipocrático*)?, ¿Qué lugar ocuparía el diálogo y la confianza entre el médico y el paciente, si se supedita la opinión particular del médico y la *lex artis* de su profesión (ética médica) a los deseos del enfermo?

Estas preguntas permiten vislumbrar un horizonte incierto para la profesión médica y para la relación médico-paciente. Se va al médico, con la convicción de que él nos va a curar y/o aliviar. Pero en el caso de que se legalice la eutanasia, al médico se le otorgaría una nueva función social: la capacidad de disponer de nuestra vida.

Esta nueva función destruiría la relación de médico y paciente basada en la confianza. Además, no animaría a los equipos médicos a esforzarse en utilizar la imaginación y humanidad para acompañar al enfermo.

Martínez Otero se plantea cuál sería el papel del médico si se autorizase la eutanasia, esto es, en el caso de que se diese prioridad a los deseos del enfermo o de sus familiares:

“¿Estaría obligado el médico a retirar medidas de soporte vital si el paciente o sus familiares se lo solicitan?, ¿Se extendería esta obligación a cui-

19 STC 120/1990, de 27 de junio (Fundamento Jurídico 7) y STC 137/1990, de 30 de julio (Fundamento Jurídico 5) en relación a la huelga de hambre de determinados presos del GRAPO. Sin embargo, las sentencias comentadas han sido consideradas como relevantes en la discusión sobre el derecho a la vida en relación con la eutanasia.

dados considerados como debidos u ordinarios, tales como la hidratación o la higiene?, ¿Podría exigirse a un facultativo que aplique una sedación contraindicada, a petición del paciente, aunque la misma pueda resultar letal?, ¿Debería un enfermo terminal declarado incapaz confiar en que el médico va a cumplir siempre las exigencias de la lex artis?, ¿O podría temer que la misma fuera sustituida por la voluntad de sus familiares, o del propio médico en ausencia de aquéllos?, ¿El criterio médico tiene que estar supeditado a la decisión del paciente? El diálogo y la confianza pretenden sustituirse por la obediencia del médico al paciente (lo que pasaría si se legalizase la eutanasia en España), lo que llevará a la desconfianza mutua”²⁰.

A este respecto, la Organización Médica Colegial de España recuerda en un comunicado realizado el 21 de mayo de 2018, que en su Código de Deontología Médica dice: *“El médico nunca provocará intencionadamente la muerte de ningún paciente, ni siquiera en caso de petición expresa por parte de éste”*.²¹

Estos interrogantes y afirmaciones nos plantean, entre otras cosas, que, si se legalizase la eutanasia, en aras de un supuesto derecho a la autonomía del paciente sólo existiría el mismo para algunos ciudadanos, otros carecerían de ese derecho, es decir, la autonomía del médico quedaría en entredicho o, mejor dicho, desaparecería. No se puede obligar a un médico a realizar algo que ni su conciencia ni su ética se lo permiten.

Me parece que los que están a favor de la eutanasia hacen una exacerbación de la autonomía del paciente, cuya única limitación sería, en todo caso, la del ordenamiento jurídico sin hacer mención de la *lex artis* del médico. No se puede reducir a éste a un técnico que debe ejecutar los propios deseos del enfermo o de un representante legal del mismo.

²⁰ Martínez Otero, J. “Autonomía e información de los pacientes: del reconocimiento de derechos a la pérdida de confianza. Reflexiones con motivo de la aparición de nuevas normas sobre los derechos de los pacientes al final de la vida”. *Cuadernos de Bioética* 77, (2012), 165.

²¹ Artículo 36.

Por eso, si no se entiende debida y correctamente la autonomía del paciente se convierte al personal sanitario, especialmente al médico, en un ejecutor mecánico.

En efecto, la priorización de la autonomía del paciente obligaría a los profesionales de la salud a realizar acciones, aunque éstas fueran contrarias a su *lex artis* y a los principios deontológicos de su profesión. Desde esta perspectiva, los médicos deberían ceñirse exclusivamente “al ordenamiento jurídico”, rompiendo la relación médico-paciente basada en la confianza.

En efecto, si la eutanasia se admitiese legalmente, existiría el miedo a que los médicos pudieran tomar una decisión sobre mi vida. De este modo, la eutanasia rompe de manera trágica la confianza, en la que las dos voluntades (la del médico y la del paciente), a través del diálogo y del respeto contribuyen a lograr la mejoría del enfermo.

Si se debilita el compromiso médico de preservar la vida, los “médicos” se dedicarían también a provocar la muerte, entonces la naturaleza misma de la medicina y la propia identidad del médico sufrirían una profunda transformación. El “médico” adoptaría el papel de un técnico amoral, que tanto puede poner fin a una vida humana como salvarla.

A tenor de estos argumentos se puede afirmar que la eutanasia es una práctica anti-médica, pues el fin de las profesiones sanitarias es la curación y la supresión del dolor, hasta donde es posible, y no causar la muerte. Poner fin deliberadamente a la vida de un paciente es algo que va totalmente en contra de las buenas prácticas de la medicina.

El enfermo quiere que los profesionales sanitarios pongan todos los medios para que estén junto a él al final de su vida cuidándole y aliviándole, muriendo en paz y sin dolor.

2.3. Valoración social del enfermo

Otra implicación de esta dimensión pública o social de la eutanasia radica en que si se legalizase ésta se potenciaría que el dependiente, el anciano o el enfermo (y más en una sociedad consumista como la nuestra) no sea valorado por su ser, sino por su capacidad de producir.

Si reina esta mentalidad, todos los que fuesen vulnerables se sentirían como una carga económica social y familiar. Se verían como seres molestos, como un estorbo, que lo mejor que pueden hacer es desaparecer. Padecerían una enorme inseguridad y presión, y, por ello, podrían sentirse inducidos a pedir su desaparición²².

Es fundamental, y más aún al final de la vida, que el ser humano nunca tenga sensación de “estorbo”, de “problema” o de “abandono”: los pacientes terminales, al no poder hacer prácticamente nada, sienten que la vida para ellos carece de sentido, y esa falta de utilidad puede convertirse en un sufrimiento al tener que depender completamente de otros. En esta situación, a esas personas hay que decirles que se les va a cuidar siempre, y, que su presencia entre nosotros es muy necesaria.

Por consiguiente, la sociedad tiene que interiorizar urgentemente este mensaje: es un desafío para hoy día acompañar, cuidar, querer, respetar y valorar al enfermo que padece tales trances. Cuidar a los enfermos, asistir a los ancianos, intentar sacar adelante personas que no podrán ser de utilidad para la sociedad. Estas notas hacen que se hable de sociedades más humanas.

Si la dignidad no se reconoce a todo ser humano, independientemente de su estado de salud, de su utilidad...la atención a enfermos incurables y terminales, que colapsa determinados servicios sociales sanitarios y que supone una gran inversión económica y de personal, quedaría en el aire.

Aceptar la eutanasia sería apostar inconscientemente por el fracaso de la sociedad. Una sociedad que acepta la terminación de la vida de algunas personas, en razón de la precariedad de su salud y por la actuación de terceros, se inflige a sí misma la ofensa que supone considerar indigna la vida de algunas personas enfermas o intensamente disminuidas.

No se puede dar muerte a otra persona porque haya perdido la salud física, ni por nada, aunque te lo pida, porque, de lo contrario, sería matar, que es lo mismo que decir implícitamente que la vida humana merece la pena vivirse si se da una serie de condiciones.

El respeto por la vida de los demás no solo es el primer principio ético individual, sino también social. Por lo tanto, la sociedad está obligada a protegerla.

Por último, no hay que olvidar que los enfermos que hacen una petición de eutanasia lo que, en el fondo, piden no solo no padecer dolor físico, sino también cualquier tipo de sufrimiento.

Por lo tanto, cuando un enfermo pide que le ayuden a morir lo que está reclamando es que le quiten el sufrimiento, le den calor humano, le escuchen, le acompañen en sus últimos días de vida, le consuelen y le den más cariño²³, y no la inyección letal. Si se le concede la muerte y el cumplimiento de su deseo, se le está diciendo indirectamente: *¡Lo sentimos, nada más podemos hacer por tí!*²⁴. La eutanasia, en pocas palabras, es fruto de la impotencia. Abogar por ella sería una claudicación de la sociedad. Supone una derrota social y médica, un freno al progreso de las ciencias de la salud en un campo tan importante como es el de las enfermedades terminales que dejarían de ser investigadas tanto en su cura como en su paliación ante el asombro de miles de enfermos y sus familias.

En definitiva, nadie tiene derecho a provocar la muerte de otro, a aniquilarlo para que deje de ser, aunque el “enfermo” lo pida. Y nadie (el “enfermo”) puede tener el derecho de exigirle a otra persona que cometa una maldad.

Por otra parte, si se admitiese la eutanasia se caería en lo que se ha denominado pendiente resbaladiza o resbalosa²⁵ (abrir un camino que es difícil de parar). En general, en los países europeos donde se ha producido la despenalización o legalización de la eutanasia se ha producido un fenómeno de “pendiente resbaladiza” o

23 E. Montero se pregunta por el verdadero contenido de la petición: “¿Quién no ve que una petición de eutanasia, lejos de ser la pretendida afirmación lúcida de una voluntad libre y autónoma, traduce por lo general el deseo ambivalente de escapar a determinados sufrimientos, salvo que se trate, con mayor razón aún, de una señal de angustia o de una petición de amor?”, Montero, E. *op. cit.* 1725; Requena, P. ¡Doctor, no haga lo posible! De la limitación a la prudencia terapéutica, Comares, Granada, 2017.

24 Cf. Rodríguez, E. “La eutanasia y sus argumentos: reflexión crítica”. *Ars Médica* 2, (2000), 45-57.

25 La pendiente resbaladiza indica las consecuencias previsibles que se producirán en el caso de liberalizarse algunas prácticas en contra de la vida y de la dignidad del ser humano.

22 Cf. Martínez Otero, J. “La hipertrofia del principio de autonomía en el debate bioético”. *Cuadernos de Bioética* 94, (2017), 336.

deslizamiento, es decir, se comienza con una legislación muy restrictiva a pacientes terminales de enfermedades muy graves y con sufrimiento físico importante y luego se va aceptado progresivamente una interpretación más laxa, donde se considera el sufrimiento psicológico, entran también las enfermedades incapacitantes no terminales, e incluso los médicos toman decisiones de llevar a cabo la eutanasia sin contar con la voluntad de los pacientes e incluso en contra²⁶. Por ejemplo, existen abundantes informes y noticias sobre la ampliación de la eutanasia en Holanda²⁷ y en Bélgica²⁸ en los que queda patente la pérdida de valoración social del enfermo.

4. Los Cuidados paliativos

Los Cuidados Paliativos²⁹ tienen en cuenta no sólo

26 Ver "Responsable de regular la eutanasia en Holanda dimite por su creciente aplicación a ancianos con demencia", disponible online en <<http://www.infocatomica.com/?t=noticia&cod=31457>> [Consulta: 25/09/2018].

Ver también, Serrano Ruiz-Calderón, J.M. La cuestión de la eutanasia en España. Consecuencias jurídicas, *Cuadernos de Bioética* 62, (2007), 11-54.

27 Ver Ferrer, I. *Las muertes por eutanasia son ya un 4% de los fallecimientos en Holanda*, 2017, disponible online en <http://www.elpais.com/internacional/2017/04/13/actualidad/1492099046_930195.html>. [Consulta: 4/10/2018]. Como sostienen Gutiérrez y Ortega: "En el año 1973 tuvo lugar la primera sentencia prácticamente absolutoria de un caso de eutanasia. En 1984 se la despenalizó; en 1993 tuvo lugar la reglamentación de la eutanasia, y en el año 2000 la liberalización de la misma", ver Vega Gutiérrez, J. Ortega, I. "La «pendiente resbaladiza» en la eutanasia en Holanda". *Cuadernos de bioética* 62, (2007), 90.

28 Ver Sánchez, A. *Polémica en Bélgica por la eutanasia que una paciente no pidió*, disponible online en <http://www.elpais.com/internacional/2018/01/14/mundo_global/1515955301_274598.html>. [Consulta: 28/09/2018, Gutiérrez propone un esquema para poder verificar el fenómeno de la pendiente resbaladiza en la eutanasia en Bélgica: "El Nivel A, que nos coloca en el inicio de la Pendiente Resbaladiza, es una ley que autoriza el suicidio médicamente asistido, cuando se cumplen tres requisitos: 1º plena voluntariedad, 2º condición de enfermo terminal, 3º padecer dolores insoportables. El descenso por la pendiente hasta alcanzar el Nivel B se produciría cuando se permiten los casos no voluntarios e involuntarios (ancianos dementes, enfermos con perturbaciones mentales, etc.). El descenso por la pendiente hasta alcanzar el Nivel C se produciría cuando se permite el suicidio médicamente asistido en enfermos incurables no terminales, o que no están en situación irreversible, o con enfermedades de las que se pueden curar. El descenso por la pendiente hasta alcanzar el Nivel D se produciría cuando se permite el suicidio médicamente asistido por motivos de sufrimiento psicológico, por pérdida de la autonomía, escasa calidad de vida, sentimiento de ser una carga económica, etc.", Vega Gutiérrez, J. "La práctica de la eutanasia en Bélgica y la «pendiente resbaladiza». *Cuadernos Bioética* 62, (2007), 77-78.

29 "Consisten en la atención integral, individualizada y continuada de personas y sus familias con una enfermedad avanzada, progresiva o terminal, que tiene síntomas múltiples, multifactoriales y cambiantes, con alto impacto emocional, social y espiritual, y alta necesidad y demanda de atención. Estas necesidades deben ser

la dimensión social en el final de la vida del ser humano, sino que proporcionan una atención integral a los enfermos en todas sus dimensiones (física, psicológica-afectiva, social, religiosa y espiritual) y a sus familiares, con el fin de ayudar a obtener el mayor grado de bienestar posible dentro del contexto de la enfermedad terminal, no sólo ofreciendo soluciones técnicas, sino también asistenciales y de acompañamiento³⁰.

Para que se dé un cuidado integral de estas dimensiones se requiere la estrecha cooperación de equipos multidisciplinares, que pueden englobar a profesionales sanitarios (médicos, enfermeras, asistentes sociales, terapeutas ocupacionales, auxiliares de enfermería, psicólogos...), a expertos en ética, a asesores espirituales, a abogados y a voluntarios.

Los Cuidados Paliativos se basan en el respeto a la vida humana. Su objetivo es ayudar a vivir con dignidad hasta la muerte. Lo que incluye, además del alivio del dolor, el control de los síntomas y el bienestar psicológico y espiritual; pero en ningún caso, la eutanasia y el suicidio asistido. De ahí que sean la opción más acorde con la dignidad del ser humano al final de su vida.

De forma concisa, los Cuidados Paliativos son la mejor manera de ayudar a morir al enfermo, no "ayudándolo" a terminar con él. La opción por ellos es precisamente lo que éticamente el médico puede hacer como médico. Son una solución médica para el sufrimiento humano.

atendidas de manera competente, con los objetivos de mejora del confort y la calidad de vida, definida por enfermos y familias, y de acuerdo con sus valores, preferencias y creencias". Definición de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL), 2002.

El Grupo de Trabajo de Atención Médica al Final de la Vida de la Organización Médica Colegial (OMC) y la Sociedad Española de Cuidados Paliativos han elaborado la Declaración "Atención Médica al final de la vida: conceptos y definiciones" considera los cuidados paliativos "como una "buena práctica" médica al final de la vida. Proporcionan una atención integral a los pacientes cuya enfermedad no responde a tratamiento curativo y donde es primordial el control de síntomas, especialmente del dolor, así como el abordaje de los problemas psicológicos, sociales y espirituales. Tienen un enfoque interdisciplinario e incluyen al paciente, la familia y su entorno, ya sea en casa o en el hospital. Afirman la vida y consideran la muerte como un proceso normal; ni aceleran ni retrasan la muerte. Tienen por objeto preservar la mejor calidad de vida posible hasta el final. La buena práctica médica supone la aplicación de medidas terapéuticas proporcionadas, evitando tanto la obstinación como el abandono, el alargamiento innecesario o el acortamiento deliberado de la vida".

30 Cf. Pascual López, A. Centeno Cortés, C. Gómez Sancho, M. Naval Vicuña, M. *Manual de Medicina Paliativa*, Eunsa, Pamplona, 2009.

Nos introducen en la reflexión antropológica de nuestra propia limitación y fragilidad, ya que la acción del cuidado de la vida humana y de la asistencia paliativa, dignifican el proceso del morir.

Por tanto, una sociedad realmente solidaria debería centrar sus esfuerzos para ayudar a morir con dignidad a quien está llegando al final de su vida: cuidándolo, de tal manera que no tenga sufrimientos de ningún tipo y que no le quepa la menor duda de que, aunque físicamente esté muy deteriorado por la enfermedad que padece, no ha perdido ni un ápice de su dignidad.

En definitiva, los Cuidados Paliativos responden, de forma plena, a la situación humana inevitable de morir, y manifiestan, a la vez, nuestra humanidad; afirman la vida y consideran la muerte como un proceso normal de la vida de un ser humano. Son la verdadera respuesta antropológica y ética al sufrimiento del enfermo y de su familia al final de la vida. Por eso, responden mejor a la vida como bien común en la situación final de la vida del ser humano.

Conclusiones

1. La reciente propuesta de Ley sobre eutanasia y suicidio asistido no responde a una real demanda social. Lo que el ser humano quiere es morir sin sufrimiento y esta posibilidad, hoy día, nos la ofrece los Cuidados Paliativos. Éstos posibilitan la “muerte digna” de los enfermos.

Sería más efectiva, en *pro* del beneficio de muchos enfermos, una estrategia política y social que ponga todos los esfuerzos y medios posibles (económicos, sociales, profesionales sanitarios...) para extender de forma universal unos Cuidados Paliativos de calidad, que atiendan todas las necesidades de los enfermos. Por tanto, lo que faltan son más medios y recursos para que sea equitativa la calidad de esos servicios en toda España.

En este sentido, la puesta en práctica de las legislaciones autonómicas sobre el respeto a la muerte digna (que entre otras cosas proponen la implementación cualificada de los Cuidados Paliativos), son la mejor respuesta “social” a los problemas al final de la vida, no de una manera sectorial, como quiere responder la Proposición de Ley, sino de una manera integral, siendo además la

respuesta médica apropiada.

Lo que no se puede permitir es que las personas mueran en situaciones “muy deplorables” (sufrimientos evitables), debido a la mala atención al final de la vida de los pacientes, es decir, que sufran muchas personas porque no existan Cuidados Paliativos suficientes. Muchas personas mueren cada año en nuestro país con un sufrimiento intenso, innecesario y perfectamente evitable si dispusieran de suficientes recursos para dichos cuidados paliativos.

Los Cuidados Paliativos deben ser un derecho de todos los pacientes dentro del Sistema público de Salud con los que aliviar sus sufrimientos, eliminar el dolor y mejorar sus condiciones de vida. En consecuencia, la prioridad es que alcancen a todos y que éstos sean de calidad. Ofrecer la eutanasia cuando no está resuelto el acceso universal a los Cuidados Paliativos es una irresponsabilidad, una negligencia y algo contrario a la justicia social. Además, introducir una ley para despenalizar la eutanasia olvida a las personas (eliminándolas) más vulnerables de la sociedad (discapacitados, enfermos terminales, ancianos...).

Es necesario, por tanto, aprobar una ley que garantice una atención integral a las necesidades de los enfermos al final de la vida, no una ley para acabar con ellos, es decir, se deben primero legislar, a nivel nacional, los Cuidados Paliativos, antes que legalizar la eutanasia.

2. Es un tremendo error considerar la eutanasia, como un derecho exclusivamente individual, porque omite su dimensión social, al ser la muerte un tema que nos afecta a todos e incide en la protección del bien común. El ser humano se va haciendo tal en el trato y cuidado de la vida del otro, no terminando con su vida.

Esta perspectiva supone preguntarnos si mis acciones y las de los demás responden a la dignidad que reclama mi propia existencia y la del otro. Por tanto, la cuestión clave en este asunto, en la que se pone en juego la dignidad de cada uno, sería: ¿cómo me comporto con las personas débiles y frágiles, de esta sociedad productivista y utilitarista, que son, además de los niños, los ancianos, enfermos y discapacitados?

Por tanto, la legalización de la eutanasia conllevaría consecuencias negativas para el bien común, en concreto, se debilitaría la protección de la vida de los más vulnerables.

3. La enfermedad y el sufrimiento son constitutivos de la naturaleza del ser humano. Si se defiende la eutanasia, el enfermo no será valorado por su ser. Un enfermo no puede sentirse nunca como un estorbo. Para ello, se ha de asistir a los ancianos y cuidar siempre a los enfermos hasta el final de sus vidas, individual, social y políticamente.

Aprobar la eutanasia es admitir la rendición colectiva ante el ser humano que nos interpela en sus necesidades.

4. Los médicos y su equipo, pero también nosotros, tienen la "oportunidad" de presentar nuestro rostro más humano frente al enfermo que vive una dramática situación próxima a la muerte.

Por último, parece que este debate sobre la eutanasia no es médico, pues éste, por ser lo que es, nunca debe dar muerte al enfermo. Si se admitiese y legalizase la eutanasia sería una contradicción, pues los conceptos profesión médica y eutanasia son antónimos.

En todo caso, el debate sobre la eutanasia y el suicidio asistido será social, ético, ideológico..., pero nunca médico, porque va en contra de la tarea médica otorgada por la sociedad. Los Cuidados Paliativos son la respuesta médica a morir con dignidad en un contexto humanizado ante el final de la vida de un ser humano y, por ende, la eutanasia se convierte en mera competidora de los mismos.

Referencias

- Casado, M. "Argumentos para el debate en torno a la eutanasia". En: *Morir en Libertad*. Royes, A, Barcelona, 2016.
- Casado, M. Royes, A. "Documento del Observatorio de Bioética y Derecho sobre la disposición de la propia vida en determinadas circunstancias: declaración sobre la eutanasia (2003; 2010)". En: *Morir en Libertad*. Royes, A, Barcelona, 2016.
- Ferrer, I. *Las muertes por eutanasia son ya un 4% de los fallecimientos en Holanda*, 2017.< [http:// www.abc.es/opinion](http://www.abc.es/opinion)> [Consulta: 4/10/2018]
- Ferrer Hernández, M.E. "Legalización de la eutanasia como opción a una muerte digna. Cultura de los cuidados". *Revista de enfermería y humanidades*. 11, (2002), 87-95.
- García Sánchez, E. *Despertar la compasión. El cuidado ético de los enfermos graves*, Astrolabio, Pamplona, 2017;
- "El rescate de lo humano en el enfermo que se muere". *Cuadernos de Bioética* (2012), 77: 135-149.
- Grupo de Trabajo de Atención Médica al Final de la Vida de la Organización Médica Colegial (OMC) y la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL).
- Hendin, H. *Seducidos por la muerte. Médicos y pacientes ante el suicidio asistido y la eutanasia*, Planeta, Barcelona 2009.
- Martínez Otero, J. "Autonomía e información de los pacientes: del reconocimiento de derechos a la pérdida de confianza. Reflexiones con motivo de la aparición de nuevas normas sobre los derechos de los pacientes al final de la vida". *Cuadernos de Bioética*. (2012), 77: 151-167.
- Martínez Otero, J. "La hipertrofia del principio de autonomía en el debate bioético". *Cuadernos de Bioética* (2017), 94: 329-340.
- Martínez Sempere, E. "El derecho a una vida digna hasta el final: suicidio y eutanasia". *Araucaria. Revista Iberoamericana de Filosofía, Política, Humanidades y Relaciones Internacionales* 3, (2000), 15-24.
- Montero, E. "¿Hacia una legalización de la eutanasia voluntaria? Reflexiones acerca de la tesis de la autonomía". *La Ley, Revista Jurídica Española de Doctrina, Jurisprudencia y Bibliografía* 4755, (1999), 1722-1729.
- Pascual López, A. Centeno Cortés, C. Gómez Sancho, M. Naval Vicuña M. *Manual de Medicina Paliativa*, Eunsa, Pamplona, 2009.
- Requena, P. ¡Doctor, no haga lo posible! De la limitación a la prudencia terapéutica, Comares, Granada, 2017.

- Dignidad y autonomía en la bioética norteamericana, *Cuadernos de Bioética* (2008), 66: 255-270.
- Rodríguez, E. "La eutanasia y sus argumentos: reflexión crítica". *Ars Médica* 2, (2000), 45-57.
- Sábada, J. "Eutanasia y ética". En: *Morir en Libertad*, Royes, A. Barcelona, 2016.
- Sánchez, A. *Polémica en Bélgica por la eutanasia que una paciente no pidió*, 2018. < http://www.elpais.com/internacional/2018/01/14/mundo_global/1515955301_274598.html > [Consulta: 28/09/2018]
- Sánchez Cámara, I. *El sentido de la vida que se acaba*. 2018.<<http://www.abc.es/opinion>> [Consulta: 7/10/2018]
- Serrano Ruiz-Calderón, J.M. La cuestión de la eutanasia en España. Consecuencias jurídicas, *Cuadernos de Bioética* (2007), 62:11-54.
- Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL, 2002, 2015).
- Vega Gutiérrez, J. "La práctica de la eutanasia en Bélgica y la "pendiente resbaladiza". *Cuadernos de Bioética* (2007), 62: 71-87.
- "La "pendiente resbaladiza" en la eutanasia en Holanda". *Cuadernos de bioética* (2007), 62: 89-104.

¿HACIA UNA LEGALIZACION DE LA EUTANASIA VOLUNTARIA? Reflexiones acerca de la tesis de la autonomía

Prof. Dr. Etienne Montero

*Facultad de Derecho,
Universidad de Namur (Bélgica)*

INTRODUCCIÓN

Actualmente en Bélgica se aprecia un cierto consenso en favor de la legalización de la eutanasia "a petición del paciente". Nos encaminaríamos pues hacia una aparente solución de compromiso, que consiste en rechazar a la vez la despenalización pura y simple del acto eutanásico y la prohibición pura y simple de todas las formas de eutanasia. Se aboga por el mantenimiento simbólico de la prohibición penal (a través de su tipificación como delito de homicidio), al tiempo que se autoriza la práctica de la eutanasia, con tal de que se respeten ciertas condiciones y procedimientos (1). La eutanasia practicada sin el consentimiento del paciente, por motivos sociales y económicos, entraría, a todas luces, en el ámbito del derecho penal. La legalización tendría la ventaja de la claridad: pondría fin a la hipocresía de la situación actual de tolerancia, permitiendo así que la eutanasia abandonara su carácter clandestino, con en el fin de garantizar un control más eficaz de la misma y de prevenir sus abusos.

La eutanasia es un problema especialmente delicado, del que nos sería imposi-

ble considerar aquí todos sus aspectos. Nos centraremos pues especialmente en una cuestión. La *petición del paciente* se ha convertido en un elemento esencial en la justificación filosófica, política y jurídica de la eutanasia. Para evaluar la conveniencia de una legalización de la eutanasia, parece por tanto crucial que examinemos de cerca la llamada tesis "de la autonomía". Tal será pues el hilo conductor de las consideraciones siguientes.

Esta tesis puede formularse de la siguiente manera: la legalización de la eutanasia a petición del paciente se impone, ya que la elección del momento y de las formas de muerte pertenecen a la autonomía individual, que debe ser respetada en un Estado pluralista donde nadie puede imponer al resto sus propias convicciones (2).

Retomando los principales argumentos esgrimidos por los defensores de la legalización de la eutanasia voluntaria, las reflexiones siguientes se limitarán a analizar el argumento de la autonomía, tantas veces avanzado al amparo del pluralismo, para defender la eutanasia.

1. EL RECHAZO DEL EMPEÑO TERAPÉUTICO

¿Existe alguna razón válida para exigir una legalización de la eutanasia con objeto de impedir el empeño terapéutico? Conviene responder brevemente a esta pregunta para acabar con un posible malentendido y para ceñirnos a las cuestiones realmente importantes del debate.

Para legitimar la eutanasia, a menudo se presenta la imagen del enfermo termi-

nal víctima de sufrimientos atroces, que por añadidura se mantienen contra su propia voluntad en razón del empeño médico -que ha perdido su sentido terapéutico- por parte del equipo que lo atiende (3). Esta situación, sin embargo, no tiene nada que ver con la fatalidad.

Por un lado, el médico está obligado no sólo a restablecer la salud del paciente, sino también a aliviar su sufrimiento. Con este fin, puede (y debe) administrar calmantes o analgésicos, incluso si sus efectos tienen como resultado, como tal no deseado, acortar la vida del paciente (4).

Por otro lado, el empeño "terapéutico" no viene exigido por una razón moral ni jurídica. Al contrario, la deontología médica, la moral y el derecho obligan únicamente al médico a combatir el dolor y a administrar un tratamiento ordinario, útil y proporcional al mal padecido. El facultativo, en cambio, no está de ningún modo obligado a iniciar o prolongar un tratamiento inútil o desproporcionado, en la medida en que el beneficio obtenido quedaría mermado por los inconvenientes, límites y costes que los medios utilizados conllevarían para el paciente (5).

Para los propósitos del presente estudio, nos quedaremos con la definición siguiente de la eutanasia que ha propuesto el Comité Consultivo de Bioética: "acto practicado por un tercero que, de forma intencionada, pone fin a la vida de una persona a petición de ésta". Puesto que en sentido estricto supone, por definición, la *intención* de acabar con la

vida de alguien, la eutanasia se distingue de otras iniciativas médicas, como la administración apropiada de analgésicos con el fin de aliviar el dolor (aun a riesgo de acortar la vida), y la decisión de renunciar a tratamientos inútiles o desproporcionados.

Presentar la legalización de la eutanasia como un remedio contra el empeño terapéutico y los sufrimientos derivados del mismo supone caer en un lamentable error (6).

2. EL DERECHO A MORIR CON DIGNIDAD

El derecho a morir con dignidad es uno de los principales argumentos utilizados para promover la legislación de la eutanasia.

De forma sintética, puede presentarse de la siguiente forma: gracias a los avances logrados en el campo de la medicina, hoy en día están disponibles numerosos medios para prolongar la vida de personas gravemente enfermas. La otra cara de la moneda es que a veces se derivan agonías que no hacen sino aumentar y prolongar la angustia del enfermo terminal. Frente a estas situaciones dolorosas, la ley debería permitir que una persona pueda ser asistida a poner fin a su vida. En vez de sufrir una degradación insoportable, podría morir con dignidad.

Esta reivindicación aparece, de forma emblemática, en la denominación social de diversas asociaciones que abogan por la despenalización de la eutanasia.

Estamos aquí ante una deformación del lenguaje. El "derecho a una muerte

digna" es un eufemismo que se utiliza para designar el "derecho a que otro nos dé muerte". Bajo el legítimo pretexto de rechazar el empeño terapéutico, la expresión estigmatizada avala el hecho positivo de matar a alguien. Sin embargo, es evidente que este caso no puede asimilarse al hecho de dejar que la muerte acontezca, sin poner en práctica medios inútiles y desproporcionados con el único fin de prolongar una vida abocada a la muerte.

Una correcta evaluación moral y jurídica de la cuestión exige distinguir claramente estas dos hipótesis irreductibles.

En estemismo sentido, la expresión "ayudar a morir" y las usuales referencias a la "compasión" o a la "solidaridad" sugieren el altruismo, el espíritu de servicio, la generosidad... Esta terminología, que suscita indiscutiblemente simpatía, ¿no se utiliza con demasiada alegría para que se acepte más fácilmente lo inaceptable?

El lenguaje, aquí también, es equívoco, puesto que una cosa es auxiliar a un enfermo en su muerte (queriendo acompañarlo en su desgracia, procurando aliviar su dolor, tratando de reconfortarle...), y otra cosa muy distinta es matarlo. La causa de la muerte difiere según el caso considerado. Cuando un médico decide no empezar o parar un tratamiento a la larga inútil y desproporcionado, el paciente morirá como consecuencia de la patología mortal que sufría; por el contrario, si el médico administra al paciente una sustancia letal, este acto constituye la causa de la muerte del paciente. De igual

forma, existe una diferencia en la intención: en el primer caso, lo que se pretende es ahorrar al paciente un sufrimiento inútil; en el segundo, la intención es la de provocar su muerte. La intención es también lo que diferencia la medicina paliativa y la eutanasia.

El médico que practica la eutanasia quita la vida a su paciente y de lo que realmente se trata es de saber si la referencia al concepto de dignidad permite justificar este acto.

A toda persona le asiste efectivamente el derecho a morir con dignidad. Nadie lo pone en duda. El derecho a una verdadera muerte digna conlleva una serie de prerrogativas: el derecho del enfermo a mantener un diálogo abierto y una relación de confianza con el equipo médico y su entorno; el derecho al respeto de su libertad de conciencia; el derecho a saber en todo momento la verdad sobre su estado; el derecho a no sufrir inútilmente y a beneficiarse de las técnicas médicas disponibles que le permitan aliviar su dolor; el derecho a decidir su propio destino y a aceptar o rechazar las intervenciones quirúrgicas a las que le quieran someter; el derecho a rechazar los remedios excepcionales o desproporcionados en fase terminal.

Por el contrario, el presunto derecho a que el médico "ponga fin a su vida" es de muy distinta naturaleza. Se apoya en un concepto nuevo y peligroso de la dignidad humana, que merece mayor consideración por nuestra parte. En realidad, el concepto clásico de dignidad, que de hecho se remonta a mucho tiempo atrás

en la reflexión filosófica, ha sido reemplazado por otra noción, mucho más reciente, sobre la calidad de vida. Se ha operado por tanto una variación semántica, pasando de la "dignidad de la persona", concebida como una cualidad de orden ontológico, a la "calidad de vida" (7).

La dignidad pasa a ser una noción muy difusa, eminentemente subjetiva y relativa. Subjetiva, porque cada uno sería el único juez de su propia dignidad; y relativa, en el sentido de que la calidad de vida es un concepto de geometría variable, susceptible de adoptar infinidad de grados y de medirse por el rasero de criterios diversos.

Un ejemplo concreto y significativo de ello -la propuesta de resolución del Parlamento Europeo, elaborada a partir del informe del Dr. Léon Schwartzenberg sobre el auxilio a los moribundos (abril de 1998)(8)- permite ilustrar lo mucho que cambia el sentido que ahora se otorga al término "dignidad".

En este documento, se afirma, repetidas veces, que "la dignidad es el fundamento de la vida humana". Sin embargo, esta dignidad, lejos de ser intangible, aparece, por el contrario, como un estado inestable sometido a las vicisitudes de la vida y de la salud. Aparentemente, un sujeto puede pues perder su dignidad y, con ella, su humanidad.

"¿Qué es entonces esa dignidad que se pierde?" se pregunta France Quéré. "Se trata evidentemente de la dignidad de los que gozan de buena salud, de una vida plena de la que son conscientes. Los criterios de la dignidad vienen dados

por el papel social, la consideración del prójimo, los honores, la carrera, la conciencia propia de cada uno (...). Cabe entonces observar que la enfermedad no es, en este sentido, la única capaz de arrebatar la dignidad: ¿por qué no habrían de tener el mismo efecto la miseria o la delincuencia?" (9).

El documento comentado recalca que "el dolor físico menoscaba la dignidad" o que "la enfermedad quita toda dignidad a la existencia". Y el último párrafo del mismo expone motivos para concluir lo siguiente: "La dignidad es lo que define una vida humana. Por ello, cuando al final de una larga enfermedad contra la que ha luchado con valentía, el enfermo pide al médico que interrumpa una existencia que ha perdido para él toda dignidad, y el médico decide, plenamente consciente, asistirle y suavizar sus últimos momentos permitiéndole caer en un sueño apacible y definitivo, esta asistencia médica y humana (a veces llamada eutanasia) es la manifestación misma del respeto por la vida".

El silogismo es evidente: la dignidad es el fundamento de la vida humana y la enfermedad arrebatara esa dignidad; ahora bien, una vida indigna deja de ser una vida humana; de esto se deduce que el acto eutanásico no menoscaba el respeto de la vida humana. Puede apreciarse de forma implícita un razonamiento análogo en la mente de muchos partidarios de la legalización de la eutanasia, ya sean conscientes o no.

Este enfoque se apoya en una nueva noción de dignidad entendida como

“calidad de vida”. Pero esta última expresión es equívoca. Es cierto que las condiciones de vida pueden ser más o menos dignas, al igual que las circunstancias que rodean la proximidad de la muerte. Es evidente que siempre debe procurarse que la vida y muerte de cada hombre sean lo más dignas posibles. Pero, a todas luces, la persona, como tal, tiene siempre la misma dignidad *ontológica*, intangible e inviolable (10). Esta dignidad no se apoya en circunstancia alguna, sino en el hecho simple y esencial de pertenecer al género humano. Está enclavada en el ser mismo de cada hombre. No es la dignidad la que fundamenta la vida humana, sino la vida humana la que fundamenta la dignidad: ésta debe por tanto reconocerse a todo hombre por el solo hecho de existir.

Los partidarios de la eutanasia, apelando a la noción de “calidad de vida”, consideran que ciertas vidas han perdido su valor o que, en algunas circunstancias, el hombre deja de ser hombre. En tales casos, el acto eutanásico, lejos de emparentarse con el homicidio, se perfila como una ayuda prestada para quien la vida ha perdido toda dignidad. Un razonamiento como éste podría servir para justificar, además de la eutanasia de los enfermos terminales, no sólo la de personas incapaces de expresar su voluntad (dementes...) sino también el infanticidio de los recién nacidos con discapacidades (11). Esta idea se aproxima peligrosamente a la noción de “vidas sin valor vital” (*lebensunwerte Leben*), en la que se apoyaba el programa eutanásico de macabro recuerdo (12)

Incluso si esta clase de enfoque resulta irritante (y se retome aquí no sin cierta reticencia), no debe pensarse que estamos confundiendo los términos. Nos estaríamos equivocando si rechazáramos el espectro del exterminio nazi con la excusa de que éste fue la consecuencia de una ideología totalitaria muy alejada de nuestra actual concepción política (13). La historia nos ha enseñado, en efecto, que las más sólidas democracias no están exentas de desviaciones totalitarias (14). La eugenesia representa en particular una tentación permanente para los espíritus científicos (15).

Estos peligros no tienen nada de ficticios. La legalización de la eutanasia voluntaria supone el primer paso de un proceso lógico ineludible. Para lograr su aceptación, se jura y perjura que sólo se aplicará en aquellos casos extremos presentados ante la opinión pública en razón de su carácter especialmente dramático. Sin embargo, una vez admitido el principio, se forjará, de forma natural, una mentalidad que restará importancia al acto eutanásico. En cuanto se levante la prohibición, lo que antaño estaba vedado se convertirá en una práctica común hasta el punto de parecer, a los ojos de todos, como algo normal. La evolución hacia eutanasias practicadas sin el consentimiento del paciente, por piedad o por razones socioeconómicas, se inscribe en un escenario que ya es previsible.

Desde el instante mismo en que consideramos que la vida humana no tiene valor intrínseco, ¿cómo podemos oponernos sería y durablemente a este tipo de ampliación,

teniendo en cuenta que nuestras sociedades se ven ahora enfrentadas a los problemas del envejecimiento de la población y de la crisis del sistema de protección social?

La experiencia holandesa nos enseña que no se trata aquí de meras conjeturas gratuitas y sin fundamento. Sabemos que en los Países Bajos la eutanasia y el auxilio al suicidio siguen todavía formalmente prohibidos por el Código Penal (Arts. 293 y 294). Sin embargo, en 1993, en el marco de una modificación de la legislación sobre los funerales, el poder reglamentario fue autorizado a prever un formulario *ad hoc* para su cumplimentación por parte del médico en caso de defunciones sobrevenidas tras un auxilio al suicidio (*hulp bij zelfdoding*) o de un "cese activo de la vida" (*actieve levensbeëindiging*) (16). A partir de 1995, este reglamento se interpretó con una notable elasticidad con el fin de responder a situaciones nuevas: enfermos no terminales en estado de angustia puramente psíquica (17) y pacientes incapaces de expresar su voluntad (en especial, los recién nacidos...) (18). Hace poco, el gobierno ha decidido constituir cinco comisiones regionales y un nuevo procedimiento con el objetivo de restringir el control judicial al que actualmente está sujeta la práctica de la eutanasia. Hasta ese momento, el médico que planteaba una actuación eutanásica tenía que cumplimentar un cuestionario que debía entregar al Ministerio fiscal. A partir de ahora, el formulario deberá ser enviado, por mediación de un médico forense ("*lijkschouwer*"), a

una comisión regional compuesta por un jurista, una autoridad moral y un médico que, tras haber analizado las circunstancias del fallecimiento, remitirá un informe a la Fiscalía (19). Recientemente, se ha presentado una nueva proposición de ley, con vistas a la legalización completa de la eutanasia (20).

Debe tenerse en cuenta que la nueva forma de concebir la dignidad humana, en la que se apoya la legislación de la eutanasia, **no es neutra en el plano filosófico**. A algunos les gustaría hacernos creer que, al privilegiar el respeto a la autonomía individual (cada uno es juez de su propia dignidad y decide el momento de su muerte), la legalización es la única solución admisible en un estado pluralista y laico. Pero están muy equivocados: al plasmar en un texto legal -cuya vocación es estructurar los comportamientos- el principio de la eutanasia, incluso la voluntaria, el legislador avalaría la controvertida noción de "calidad de vida", imponiéndola a todos.

El enfoque sugerido contradice, por lo demás, la filosofía moderna de los derechos del hombre, fundada en la noción *clásica* de dignidad: en virtud de su sola pertenencia al género humano, el hombre posee una dignidad intrínseca, de la que se derivan ciertos derechos. Así, en el Preámbulo de la Declaración Universal de los Derechos Humanos -adoptado (no por casualidad) tras el final de la Segunda Guerra Mundial- se afirma que "todos los hombres nacen libres e iguales en dignidad y derechos" (art. 1º) y que cada uno puede invocarlos

“sin distinción alguna de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición “ (art. 2).

Esta noción objetiva de la dignidad es una garantía contra lo arbitrario y los abusos. No podría pues ser abandonada a la ligera.

A pesar de la atracción que pueda ejercer, la concepción subjetiva se revela superficial. La imagen que cada uno se forma de su propia dignidad, ¿no es ampliamente tributario de la mirada de los demás? El entorno de los enfermos y, por ende, la sociedad en general, ¿no son todos ellos responsables, en buena medida, de la conciencia que éstos puedan tener de su propia dignidad? La legalización de la eutanasia, lejos de procurar el aumento de la dignidad pretendido, ¿no contribuirá a embotar nuestra percepción de las responsabilidades para con los enfermos?

Finalmente, una última consideración: en el plano ético (y no ya ontológico), la “dignidad”, ¿no está sobre todo en la forma en que afrontamos la muerte? La persona que asume hasta el final su condición humana, incluso ante el espectáculo de su propia decadencia y que, con este fin, se sirve de sus propios recursos para hacer frente a la prueba final... ¿no es más digna que aquella que pide que acaben con su vida? Difícilmente puede concebirse que una muerte digna signifique dejarse administrar una sustancia letal. Si la dignidad fuese hasta ese punto tributaria de factores y auxi-

lios externos, ¿el argumento de la autonomía no quedaría profundamente menoscabado?

Cabe objetar al conjunto de estas consideraciones que no son decisivas, ya que en definitiva se trata de legalizar únicamente la eutanasia voluntaria por respeto a la justa autonomía a la que todos aspiramos.

Esta tesis de la autonomía merece pues un examen más exhaustivo.

3. EL RESPETO A LA AUTONOMÍA

Los partidarios de la legalización de la eutanasia a petición del paciente la justifican como un acto libre que, como tal, permite reafirmar la dignidad de una voluntad libre y autónoma contra una necesidad ciega.

¿Es tan evidente que la decisión de morir pertenece al ámbito de la autonomía de un enfermo terminal?

Para empezar, su autonomía no parece tan absoluta cuando necesita de otros durante su vida y, más aún, para acabar con ella. *La afirmación del carácter autónomo del enfermo, por poco sentenciosa que sea, ¿no puede percibirse como un modo de declararse ajeno a la trágica decisión y, por tanto, exento de toda responsabilidad?* Por otro lado, hemos visto cómo algunos partidarios de la eutanasia se apoyan en la idea, al menos implícitamente, de que la enfermedad y el sufrimiento conlleven una pérdida de dignidad hasta el punto de que el interesado deja de ser persona: *ya no se trataría entonces de autonomía ... y es precisamente el respeto a esta autonomía la justificación de la eutanasia ...*

En fin, no se entiende bien que el respeto a la autonomía consista en acabar con la propia autonomía.

Más allá de estas paradojas, sobre las cuales no terminaríamos nunca de reflexionar, podemos considerar que la legitimidad de la tesis de la autonomía requiere tres condiciones. Éstas pueden expresarse en forma de preguntas. 1ª) ¿Es realmente la petición de eutanasia la expresión de la voluntad profunda del paciente? 2ª) ¿El médico cree estar justificado para practicar la eutanasia *única*mente o *fundamentalmente* en los casos en que el paciente así lo pide? 3ª) ¿Es exacto decir que la legalidad de la eutanasia recae exclusivamente sobre los interesados, sin implicar al resto de la sociedad?

3.1. ¿La petición de eutanasia es expresión de la libertad y de la autonomía individual?

El enfoque adoptado parece cuanto menos teórico por no decir ideológico (21). Las personas afectadas no plantean el problema en estos términos; simplemente huyen de su angustia. Por lo demás, ¿no es hipócrita hacer tanto caso de la libre expresión de una persona que, teóricamente, está plenamente desconcertada y es víctima de indecibles sufrimientos? Dicha situación hace que una decisión realmente libre por su parte sea ilusoria, del mismo modo que parece indecente insistir en la libre elección de un depresivo a punto de suicidarse.

Numerosos psicólogos analizan los intentos de suicidio como signos de angustia. Por analogía, con la despenalización de la eutanasia se corre el riesgo de que numerosas "peticiones de ayuda"

sean mal interpretadas por aquella persona dispuesta a prestar su asistencia al candidato a la eutanasia. ¿Queremos acaso favorecer el fatal desenlace, aun a riesgo de aportar frecuentemente la peor de las respuestas a una petición mal formulada?

Por ello, es condición previa que se pueda descifrar correctamente una petición de eutanasia, en el caso de que un deseo de este tipo pueda realmente existir. Una aspiración de este tipo, tan contraria al poderoso instinto de autoconservación (22), no tiene habitualmente su origen en un dolor físico insoportable (que de ordinario se domina o puede dominarse, contrariamente a lo que habitualmente se piensa), sino en el sufrimiento, verdadera angustia ligada a una carencia de atención, de afecto, de solicitud, de sentido. Aquí reside el verdadero centro del problema: salvo excepciones, nuestra medicina domina la técnica, pero se muestra frecuentemente incapaz de acompañar al enfermo, ofreciéndole el consuelo y el calor humano. A veces, la familia y el entorno del enfermo no contribuyen a mejorar la situación por indiferencia o egoísmo.

Es fácil evitar el problema exigiendo la autorización, para el médico, de matar al enfermo, a petición suya, con toda impunidad. ¿No sería mucho más valiente poner en tela de juicio nuestro enfoque sobre la medicina y reflexionar sobre la forma de humanizarla?

3.2. ¿Llevará el médico a cabo la eutanasia por respeto a la decisión de su paciente?

Respecto a esta situación, es dudoso que un médico se considere justificado

para practicar la eutanasia únicamente porque el interesado ha manifestado su deseo en este sentido (23). Desde el punto de vista de los hechos, si el médico accede a similar petición, es porque considera que la vida de su paciente no tiene ya ningún valor intrínseco. A todas luces, el fundamento no reconocido de la eutanasia se basa en la idea de que algunas vidas no merecen (ya) la pena ser vividas. *La decisión de practicar la eutanasia no se apoya nunca en la única voluntad del enfermo, sino que es siempre el resultado de un juicio de valor sobre la calidad de vida.*

Supongamos que un joven adolescente pide, en una situación de angustia, que le ayuden a morir. ¿Debemos acceder a su petición, o lamentamos de que la ley penal se oponga a este tipo de actos de compasión y de solidaridad? ¿Es preciso, entonces, cambiar la ley con el fin de que, en todos los casos análogos, se pueda prestar auxilio al suicidio a todas aquellas personas que lo soliciten? De seguro, que todo el mundo contestará negativamente a estas preguntas. ¿Por qué nos importa tan poco en este caso respetar la autonomía de las personas? Es además muy probable que intentemos incluso disuadirles, tratando de que entren en razón, consolándoles... El respeto de la autonomía del prójimo no es el móvil último de nuestro comportamiento; éste está ligado a un juicio de valor: pensamos que la vida de un adolescente con buena salud merece la pena ser vivida. Lógicamente, si el respeto de la autonomía basta para justificar la eutanasia, no hay razón para subordinar

la legitimidad de esta última a otras condiciones (acto practicado por un médico en un enfermo incurable en fase terminal). Ya se alzan voces, naturalmente, para pedir una mayor flexibilidad de las condiciones (24).

Los que consideran que un enfermo terminal que pide la eutanasia actúa de manera sensata y digna, contrariamente a lo que ocurre con el joven depresivo o el parado desesperado, razonan en realidad a la luz de un modelo implícito: ciertos estados o enfermedades son incompatibles con una vida digna, mientras que la decisión de morir adoptada por una persona con buena salud, no merece tomarse en consideración.

Si la autonomía es efectivamente la razón última para justificar el derecho a la eutanasia, ¿no debe uno abstenerse de juzgar y respetar los motivos que empujan a una persona a quitarse la vida? ¿No es cada uno libre de apreciar la calidad de la vida y la dignidad según sus propios criterios?

3.3 ¿El permiso legal para acabar con la vida de enfermos terminales que así lo piden sólo incumbe a éstos?

Se equivocan quienes sostienen que la petición de la eutanasia responde a una elección puramente privada, que sólo incumbe al interesado y no perjudica en modo alguno al prójimo. Kant rechaza la idea de ejercer dicho derecho sobre sí mismo aludiendo al hecho de que el hombre "es responsable de la humanidad en su persona misma" (25). Las justificaciones del tipo "Mi vida me pertenece, hago de ella lo que quiero"

resultan de una concepción ficticia y caricaturesca de la propiedad privada (26). Es evidente que mi vida me pertenece en cierto sentido. Tengo sobre ella un incontestable *dominio natural*: de esto se deduce que, *de hecho*, puedo decidir mi desaparición. Pero de ahí a sostener la existencia de un derecho de propiedad sobre uno mismo, que otorgaría a cada uno el derecho a disponer de su vida de forma absoluta, hay un paso que nuestro humanismo jurídico nos prohíbe dar (27). Incluso en el derecho de los bienes, ninguna propiedad se concibe sin una referencia social, como sugiere el texto del artículo 544 del Código Civil.

El derecho a disponer de la propia vida **mediante la ayuda de otra persona** se impone con menor fuerza aún. Salta a la vista que la legalización de la eutanasia afecta al vínculo social (28). Basta con constatar que la práctica de la medicina se modificará considerablemente: en adelante los médicos dispondrán de un nuevo poder, administrar la muerte. Debemos repetirlo: la legalización de la eutanasia no es una cuestión de ética personal sino que depende sin duda de la ética socio-política. *Es por tanto perfectamente concebible su prohibición con el fin de proteger los intereses públicos legítimos, y concretamente para:*

- *proteger todos los enfermos de la sociedad.*

En efecto, existe el peligro de que el paciente, lejos de sentirse plenamente libre y autónomo en sus decisiones, se incline más a ceder ante la presión ejercida por su entorno. ¿No existe el riesgo de que se sienta culpable por la carga que

supone para los demás, por gravar financieramente a la sociedad... porque se obstina en vivir y se niega a hacer valer su derecho a la eutanasia? "Apenas existe diferencia entre una sociedad que se cree moralmente obligada a satisfacer las peticiones de eutanasia y aquella que termina, bajo distintas presiones más o menos inconscientes, por suscitarlas" (29).

- *proteger la integridad moral de la profesión médica.*

La legalización de la eutanasia corre el riesgo de volverse también contra los médicos al inducir, en aquellos que la practican, una costumbre y una trivialización... Amenaza con acabar con la relación de confianza y el diálogo existentes entre médico y paciente. Entre los médicos partidarios de la eutanasia, son muchos los que se niegan a ponerla en práctica: ¿esta reticencia no es un signo claro de la naturaleza equívoca de la eutanasia? (30).

- *proteger las personas vulnerables a los abusos, negligencias, errores y evitar la derivación hacia formas de eutanasia no solicitadas.*

Por encima de todo esto y teniendo en cuenta el papel simbólico de la ley, es evidente que todo el mundo está afectado por el levantamiento de una prohibición tan importante, que conlleva un debilitamiento general del respeto a la vida. El reconocimiento legal -o bajo cualquier otra forma- de la eutanasia pondría en entredicho el valor de algunas vidas en la conciencia colectiva (31).

4. LA ADAPTACIÓN DEL DERECHO A LOS HECHOS

El hecho de que la eutanasia se practique de forma regular, en la clandestini-

dad y con toda impunidad, ¿no es razón suficiente para despenalizarla?

El argumento procede de una confusión entre el hecho y el derecho. El derecho no especifica lo que es, sino lo que *debe ser*. Si el derecho tuviera que limitarse a ratificar el hecho consumado, ya no tendría ninguna función normativa y perdería su razón de ser. La adaptación del derecho al hecho es un mito que se resiste a morir. Lógicamente, resulta imposible demostrar aquí su vacuidad, su efecto simplista y su peligro. Algunos se han esforzado en hacerlo con innegable talento; sus reflexiones merecen pues tenerse en cuenta (32).

Nos limitaremos a retomar dos observaciones. La necesidad de adaptar el derecho al hecho podría revestir cierta legitimidad si fuera posible establecer científicamente los hechos a los que la norma jurídica debe someterse que, con su registro, permiten encuadrar la opinión pública y la inaplicación o la ineficacia del derecho positivo anterior.

Como lo atestiguan los ejemplos analizados por C. Atias y D. Linotte, resulta imposible establecer de forma científica la posición exacta de la población sobre la legalización de un comportamiento hasta ahora prohibido. La cuestión de la eutanasia no es una excepción, muy al contrario. Los malentendidos, los falsos problemas y los abusos de lenguaje son el ámbito sobre el que recaen la mayoría de discusiones sobre el tema (33).

Por otra parte, la inaplicación de una norma jurídica ha tenido siempre un origen ambiguo. Se deriva de una elección

por parte de las autoridades políticas y jurídicas, inspirada sin duda de su percepción difusa de la opinión de la mayoría. Además, toda norma jurídica es en sí misma parcialmente inefectiva: de lo que se trata entonces es de definir el umbral de inefectividad que justifique la derogación de la norma. ¿Acaso se ha sugerido la supresión de la legislación sobre la propiedad intelectual debido a la práctica habitual y masiva de falsificar obras protegidas (fotocopias de obras literarias, copias piratas de programas informáticos...)? Por el contrario, el legislador acaba de mejorar y completar la ley para combatir mejor los fraudes en este ámbito. Tampoco se ha pensado *necesariamente* en suprimir el código de circulación o la legislación fiscal a pesar de las muchas infracciones -a menudo impunes- de los citados textos.

El mito denunciado no permite pues eludir el debate de fondo. No autoriza en modo alguno a saltarse una etapa esencial de la labor legislativa: la elección de una política jurídica establecida en función de los valores que se pretenden promover.

Para legitimar la legalización de la eutanasia, se alude con frecuencia a la necesidad de un compromiso en una sociedad pluralista. El rechazo de la eutanasia, presentado como una voluntad de imponer a los demás una convicción de índole religiosa o confesional, supondría quebrantar los principios sobre los que se asienta una democracia pluralista (34). Ya se subrayó anteriormente la inconsistencia de esta objeción:

lejos de ser neutral, la postura "liberal" pretende, ella también, plasmarse en el texto legal -e imponer a todos- una concepción muy concreta de la vida, de la persona y de la dignidad. Esta concepción contradice, en efecto, la visión cristiana (un hecho que puede, con toda la razón, considerarse irrelevante en una sociedad pluralista), pero también la Declaración Universal de los Derechos Humanos, cuya inspiración está muy lejos de ser confesional.

¿Hace falta decir que el pluralismo no tiene nada que ver con el relativismo o la neutralidad en el plano político y moral? "Toda ley penal tiene por función afirmar los valores morales y sociales" (35) y, debería añadirse, de imponerlos a quienes no los respetan de forma voluntaria. De lo que se trata realmente es de saber dónde deben trazarse los límites. Cualquier opinión expresada a este respecto supone necesariamente un juicio moral.

Por otra parte, a menudo se intenta descalificar a aquellos que desean que se mantenga la prohibición y la sanción penal en caso de transgresión, reprochándoles su empeño por defender el *statu quo*. Se trata, sin embargo, de desarrollar una política voluntariosa para lograr una mejor asistencia a los enfermos en fase terminal. Esta ambición supone la adopción de un conjunto de medidas positivas con las que mejorar la formación del personal sanitario, y la de todos, en el modo de entender la proximidad de la muerte (instauración de cursos de medicina paliativa, acompaña-

miento de enfermos, dominio de los medios para controlar el dolor...), a destinar presupuestos más elevados para desarrollar tratamientos paliativos, etc.(36) Por ahora y vista la agudeza de los problemas que deben resolverse, ¿la legalización de la eutanasia no resulta una solución cómodamente prematura?

Finalmente, ¿qué debería pensarse de la necesidad, a menudo invocada, de alcanzar un compromiso que llevaría a aceptar la eutanasia pasiva únicamente en aquellos "casos límite"? En otro contexto (la regulación de los intercambios en Internet), un autor recomendaba hace poco "tener cuidado con lo que ha venido en llamarse en sociología jurídica el 'efecto macedonia', es decir, la tendencia que tiene todo legislador a extraer una regla general de un caso completamente excepcional o a lo sumo marginal (37). El consejo es preciosísimo. No puede pedirse a la generalidad de la ley que contemple todas las hipótesis posibles, incluidas las "límite". Si se siguiera esta lógica hasta el final, la solución ideal sería la de abolir simple y llanamente el derecho penal, puesto que toda norma plantea en mayor o menor medida problemas a la hora de conocer los límites del ámbito que rige.

No podemos negar que algunos enfermos terminales se encuentran en situaciones límite, ciertamente trágicas. Sin embargo, sería absurdo sacrificar la norma a favor de la excepción. La noción de estado de necesidad se inscribe, desde hace tiempo, en el derecho penal para tomar en consideración los casos

especiales. En este caso concreto, el estado de necesidad permite justificar la actuación del médico que se afana en combatir el dolor aun a riesgo de acortar la vida de su paciente. Si al médico le empuja la sola intención de aliviar el sufrimiento de su paciente, la decisión de administrarle las "últimas" dosis de morfina -de las que puede suponer que serán letales- no es equiparable a la actuación eutanásica.

CONCLUSIÓN

La tesis de la autonomía, invocada en apoyo de la legalización de la eutanasia a petición del paciente, parece bastante simplista.

Conduce el debate de la eutanasia al terreno de unas consideraciones ideológicas, buenas para ser intercambiadas en los debates de aquellos que gozan de buena salud, pero muy alejadas de la vivencia real de los enfermos terminales. ¿Quién no ve que una petición de eutanasia, lejos de ser la pretendida afirmación lúcida de una voluntad libre y autónoma, traduce por lo general el deseo ambivalente de escapar a determinados sufrimientos, salvo que se trate, con mayor razón aún, de una señal de angustia o de una petición de amor? La respuesta apropiada a esta petición, de la que nadie pondrá en duda su carácter cuanto menos misterioso, ¿debe ser la inyección letal? Algunos así lo piensan, convencidos por añadidura del carácter humanista de la solución. Pero es lícito dudar de la conveniencia de un enfoque parecido, muy simplista para ser realmente digno del ser humano.

La tesis de la autonomía se presenta igualmente como la única aceptable en un estado laico y pluralista. Se actúa como si la ley, remitiendo a cada uno a su propia autonomía, no adoptara ninguna solución preconcebida. Un argumento sin duda engañoso. La legislación de una forma cualquiera de eutanasia es como inscribir en un texto jurídico una visión antropológica -una concepción de la dignidad- muy concreta e imponérsela a todos. La afirmación del valor incondicional y de la dignidad ontológica de toda vida humana no reviste un carácter más confesional que la afirmación de la ausencia de su valor intrínseco. Sostener que "la vida humana fundamenta la dignidad" no es menos neutro, filosóficamente hablando, que decir que "la dignidad fundamenta la vida humana".

La legalización de la eutanasia a petición del paciente, lejos de remitir pura y simplemente al ámbito de la autonomía personal, afecta a los fundamentos mismos de la sociedad y, por ello, implica a todos los ciudadanos. Desde el momento en que la actuación eutanásica necesita de la ayuda de otro, en este caso la del médico, el vínculo social entra también en juego. ¿Quién no ve que al pretender investir al cuerpo médico con el poder de practicar la eutanasia, son todos los enfermos y todos los médicos quienes se ven afectados por el nuevo permiso legal? ¿No debe el legislador mantener la prohibición y, al hacerlo, renunciar a responder a ciertas aspiraciones individuales, en nombre de bienes legítimos superiores: la protección del vínculo

social y de la integridad de la profesión médica así como la de los enfermos?

En lo que a las soluciones presentadas como compromisos se refiere, éstas no deberían, de forma ingenua, analizarse como tales. Dar un paso en pro de la eutanasia significa, en realidad, consagrar la idea del valor relativo y subjetivo de la dignidad humana. Aquí es donde nos topamos con los límites de la cultura del compromiso. Sin querer negar sus indudables ventajas en numerosos campos, resulta evidente que no siempre es posible aplicar este razonamiento. En este caso concreto, no se puede obviar una opción fundamental, contraria al compromiso. Es preciso elegir: ¿es acaso la dignidad una cualidad ontológica de la persona humana o, por el contrario, algo relacionado con la calidad de la vida? Renunciar a la primera parte de la alternativa en beneficio de la segunda supone decantarse por un tipo de sociedad cuyas consecuencias no deben nunca subestimarse.

(Artículo publicado en *La Ley, Revista Jurídica Española de Doctrina, Jurisprudencia y Bibliografía*, nº 4755, marzo 1999, pp 1-6)

NOTAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. En su dictamen presentado el 12 de mayo de 1997, el Comité Consultivo de Bioética de Bélgica indica que "la discusión en comisión restringida se caracterizó por una dinámica que privilegiaba el examen de la propuesta nº 3" que prevé una "regulación de procedimiento de las decisiones médicas más importantes en relación al final de la vida, incluida la eutanasia". El Dictamen del Comité "referente a la conveniencia de un reglamento legal de la eutanasia" se publicó en el número 2 de la

publicación *Bioethica Belgica*, Mayo de 1998, págs. 2-6, y en la *Revue de Droit de la Santé*, 1997-1998, págs. 22-26. También puede consultarse en Internet, en la dirección <http://www.health.fgov.be/BIO-ETH>.

2. El derecho a la autonomía o a la autodeterminación como fundamento del derecho a la eutanasia fue constantemente alegado durante las jornadas de reflexión sobre la eutanasia celebradas en el Senado los días 9 y 10 de diciembre de 1997. Véase, por ejemplo, el Informe analítico de las sesiones del Senado, 9 y 10 de diciembre de 1997, págs. 2176-2213.

3. Por ejemplo, Y. KENIS, *Choisir sa mort. une liberté, un droit*, A.D.M.D. (belga), 1990, págs. 6 y ss.

4. Para un desarrollo más amplio, consúltese X. DIJON, *Le sujet de droit et son coros. Une mise a l'épreuve du droit subjectif*, Bruxelles, Larcier, 1982, pág. 524, n°749; H. NYS, *La médecine et le droit*, Kluwer, 1995, págs. 275 y ss., n° 706 y s. En el ámbito moral, me limitaré a señalar que, ya en 1957, el Papa Pío XII se declaraba a favor de los analgésicos recomendando su uso, a falta de otros medios más eficaces y a pesar de la imagen negativa que tenían los "narcóticos" en aquella época. Véase Pío XII, "Problèmes religieux et moraux de l'analgésie", *La Documentation catholique*, 1957, n° 1247, col. 337-340. Esta enseñanza ha sido confirmada desde entonces (véanse las referencias citadas más abajo en la nota 5).

5. Para una demostración en el plano jurídico, véase X. DIJON, op. cit., págs. 533 y ss., n° 763 y s. En el mismo sentido, véase la clara conclusión a la que llega H. NYS, op. cit., pág. 274, n° 701: "En el marco de la legislación vigente, no existe obligación alguna de iniciar o de proseguir un tratamiento médico inútil (...)"; F. VAN NESTE, "Euthanasie-rechtsethische beschouwingen", R. W., 1986-1987, en especial pág. 213, n° 8. En lo que se refiere a la moral, la Iglesia Católica, por ejemplo, rechaza claramente el empeño terapéutico. Véase *Catéchisme de l'Eglise Catholique*, Mame-Plon, 1992, n° 2277-2279; Congregación para la Doctrina de la Fe, "Déclaration sur l'euthanasie", 5 de mayo de 1980, *La Documentation Catholique*, 1990, n° 170, esp. págs. 698-699, II y III.

6. Tras haber afirmado que "se han creado asociaciones como la nuestra para oponerse al empeño terapéutico" (folleto citado anteriormente, p. 6),

el propio Dr. Kenis tendría que reconocer, como lo hace algunas páginas más allá en ese mismo texto, que "el rechazo del empeño terapéutico se admite de forma general y no está prohibido por ley ni por el código de deontología médica". Ésta es la razón por la cual "la asociación hace hincapié en la legalización de la eutanasia voluntaria, más que en el rechazo del empeño terapéutico" (pág. 12), añade el autor, manifiestamente sin importarle la falta de coherencia de su argumento. A este respecto, véase X. DIJON, *Droit naturel*, tomo I (Cuestiones de derecho), Thémis, Paris, P.U.F., 1998, pág. 160.

7. Varias intervenciones en el Senado apuntaron en este sentido, por ejemplo la de M. ENGLERT, Informe analítico, Sesión del 9 de diciembre de 1997, pág. 2182. A este respecto, véase el hermoso libro de R. ANDORNO, *La bio-éthique et la dignité de la personne*, Paris, P.U.F., 1997, *passim*, del que nos hemos inspirado.

8. Este texto ha sido publicado en *La Documentation Catholique*, 1991, pág. 791 y ss.; *Ethique. La vie en question*, nº 6-7, 1992/4-1993/1, pág. 62 y ss.

9. F. QUERE, "Une dignité indigne de l'homme", *Ethique. La vie en question*, nº 6-7, 1992/4-1993/1, pág. 74.

10. El significado de la palabra 'dignidad' no es fácil de entender conceptualmente puesto que designa una cualidad simple, irreductible. Más intuitivo que racional, y desde siempre reservado a las personas, el concepto de dignidad remite a la idea de excelencia, de preeminencia ... e implica una actitud de veneración y de respeto absoluto. De hecho Kant puso de manifiesto la distinción fundamental entre la noción de dignidad ("valor intrínseco"), propia de las personas, y la de precio ("valor relativo") que caracteriza a las cosas. Cf. E. Kant, *Fondements de la métaphysique des mœurs*, en (*Euvres philosophiques*, Bibliothèque de la Pléiade, vol. II, Ed. Gallimard, 1985, apartado 2, págs. 301-302. Tradicionalmente, omitida en el pensamiento de autores como Nietzsche o Marx, se alude a la dignidad como una cualidad que no sólo debe construirse, sino también respetarse de forma incondicional. Para un análisis profundo del concepto de dignidad humana, véase R. SPAEMANN, "Über den Begriff der Menschenwürde", *Das Natürliche und das Vernünftige. Aufsätze Anthropologie*, Piper München, 1987, págs. 77-106.

11. Además de la jurisprudencia holandesa, (véase más abajo las notas 17 y 18), varios biotécnicos de prestigio ya han adoptado una postura favorable a estas prácticas. Por ejemplo, H. KHUSE y P. SINGER, *Should the Baby Live? The Problem of Handicapped Infants*, Oxford University Press, 1985; M. TOOLEY, *Abortion and Infanticide*, Oxford Clarendon Press, 1983.

12. R. ANDORNO, *op.cit.*, 1997, pág. 18 y sobre todo R.J. LIFTON, *Les médecins nazis, Le meurtre médical et la psychologie du génocide*, trad. del inglés americano por B. POUGET, Paris, Ed. Robert Laffont, 1989, pág. 37 y págs. 64-174 (en relación a la eutanasia).

13. Por ejemplo, M. ENGLERT, "Le rôle du médecin en fin de vie", *Journal des Procès*, nº 276, 1995, pág. 18.

14. Para una ilustración edificante, M. SCHOYANS, *La dérive totalitaire du libéralisme*, 2ª ed., Paris, Mame, 1995.

15. Hace algunos meses, ¿no descubrimos con horror que 60.000 suecos, hombres y mujeres, fueron esterilizados a la fuerza entre 1935 y 1976, en nombre de la pureza de la raza nórdica o por razones sociales, de acuerdo con los términos de una ley elaborada en el periodo de entreguerras? Leyes parecidas de esterilización han sido adoptadas, de forma democrática, por la mayoría de países escandinavos, así como por Canadá y varios Estados norteamericanos.

En su libro *Le désir du génie*, (Paris, F. Bourin, 1992), J. TESTART refuta la tesis de aquellos que creen que la voluntad de eliminar a los individuos que no se ajustan a la norma está ligada a una ideología totalitaria y que sólo la democracia puede protegernos de las desviaciones eugenésicas. Su argumentación, basada en ciertas prácticas en materia de procreación asistida, se perfila hoy premonitoria en muchos aspectos.

16. Wet van 2 december 1993 tot wijziging van de Wet op de lijkbezorging, *Staatsblad*, 1993, 643; *Besluit van 17 december 1993, houdende vaststelling van het formulier, bedoeld in artikel 10 van de Wet op de lijkbezorging*, *Staatsblad*, 1993, 688.

17. Cf. Hoge Raad (Strafkamer), 21 de junio de 1994, *Zaak Chabot* (auxilio a suicidio de un paciente no terminal cuyos sufrimientos no tenían ningún origen somático).

18. Cf. Gerechtshof Leeuwarden, 4 april 1996, confirma Rechtbank Groningen, 13 november 1995, Zaak Kadijk ("cese activo de la vida" de un neonato con discapacidades); Gerechtshof Amsterdam, 7 november 1995, confirma Rechtbank Alkmaar, 26 april 1995, zaak Prins ("cese activo de la vida" de un neonato con discapacidades). Consultar también Rechtbank's-Gravenhage, 24 oktober 1995 ("cese activo de la vida" de un paciente en coma y sin que éste lo solicitara). En este último caso, los reproches que recayeron sobre el médico fueron muchos: no hubo declaración escrita del paciente, ni petición eutanasica por su parte o la de su esposa; faltó a sus obligaciones de prudencia y diligencia, a las reglas del arte y a la ética médica, en especial al no informar a sus colegas. En definitiva, se le acusó de un "cese activo de la vida" con premeditación ("levensbeeindiging met voorbedachte raad"). Sin embargo, el tribunal estimó que actuó con la mejor intención para aliviar al paciente y que colaboró con la justicia. Por otra parte y teniendo en cuenta la naturaleza del delito, no impuso ninguna multa al inculpado. Tan sólo fue condenado a tres meses de prisión... 'una pena que no será de aplicación si no comete ningún acto delictivo durante un periodo de dos años' (sic).

19. Cf. "Regeling regionale toetsingscommissies euthanasie", Staatscourant 101, 3 juni 1998, blz 10. El objetivo de la reforma es la de acabar con la reticencia de los médicos a cumplimentar el formulario, ahorrándoles el trato directo con la fiscalía. De hecho, hasta el momento, sólo el 50% de los médicos implicados rellenaban el formulario.

20. Cf. "Voorstel van wet tot wijziging van het Wetboek van Strafrecht en van de Wet op de lijkbezorring inzake levensbeeindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding", in Medisch Contact, 24 april 1998, blz 570-579. Añadir que el informe de P.J. van der Maas y G. Van der Wal (profesores de Salud Pública en la Universidad Erasmo de Rotterdam y en la Universidad Libre de Amsterdam), elaborado en 1996 a petición de los ministros de Justicia y Sanidad, presentaba más de mil casos de eutanasia practicada sin el consentimiento del paciente sólo en 1995.

21. Es curioso observar que la legislación de la eutanasia se desarrolle actualmente justo cuando la medicina conoce considerables progresos: es capaz de asegurar el confort del paciente, las técni-

cas de control sobre los síntomas y el dolor se han perfeccionado, los cuidados paliativos se desarrollan, cuando existe unanimidad en denunciar el abuso de la terapia de mantenimiento artificial... De forma análoga, la intervención en el Senado del Sr. VEPMYLEN (Informe analítico, Sesión del 9 de diciembre de 1997, pág. 2183), que añade: "Permitir o prohibir la eutanasia es sobre todo una cuestión de índole filosófica: algunas personas consideran la vida como un bien del que pueden disponer a su antojo. Esta idea entonces se traduce como autonomía última o bien como derecho a morir dignamente".

22. Recientemente una cadena de televisión, con el fin de conmover al público y persuadirle de la urgencia de la depenalización de la eutanasia, emitió el siguiente testimonio de una señora mayor: "Lo que me permite vivir, es la perspectiva de una próxima despenalización de la eutanasia". Un comentario cuanto menos paradójico: se trata de una ilustración formidable del instinto de conservación.

23. Cf. "Euthanasia and Clinical Practice: trends, principles and alternatives. A working Party Report (1982)" en Euthanasia, Clinical Practice and the Law, por L. GORMALLY (dir.), Londres, The Linacre Centre, 1994, p. 132, citado por R. ANDORNO, La bioéthique et la dignité de la personne, París, P.U.F., 1997, p. 116.

24. "Me cuesta aceptar la tesis según la cual la eutanasia sólo sería posible en la fase terminal. Es en efecto difícil determinar con exactitud esta fase y, en ciertos casos, que la situación del enfermo no tiene salida, no sólo en el plano médico sino también en el psicológico." (intervención en el Senado del Sr. E. VERMEERSCH, Informe analítico, Sesión del 9 de diciembre de 1997, p. 2179).

25. E. KANT, Métaphysique des mœurs (I partie, Doctrine du droit), dans Oeuvres philosophiques, Bibliothèque de la Pléiade, vol.III, Ed. Gallimard, 1986. cap.1, § 17, pág. 527.

26. Por otra parte, habría mucho que decir sobre la concepción pobre de la libertad que sostiene este tipo de afirmaciones.

27. Sobre el rechazo constante de nuestra tradición filosófica y jurídica a reconocer la existencia de un ius in se ipsum (y su corolario, el poder de disponer de uno mismo a su antojo) de Aristóteles

a Kant, de Ulpian a Savigny, pasando por Descartes, Rousseau y tantos otros, véase R. ANDORNO, *La distinction juridique entre les personnes et les choses à l'épreuve des procréations artificielles*, prefacio de F. CHABAS, Paris, L.G.D.J., 1996, págs. 93 y ss., así como las numerosas referencias citadas.

28. A este respecto, X. DIJON, "Entre te droit et la mort. Propositions pour éviter et récuser l'euthanasie", *J T*, 1985, págs. 33 y ss. Y (continuación), págs. 49 y ss., en especial págs. 53 y ss., nº 88 y s.

29. B. MATRAY, "La mort euthanasiée n'est pas la mort humaine", *Ethique. La vie en question*, nº 6-7, 1992/4-1993/1, pág. 79. Resulta sintomático observar que en los Países Bajos, el éxito creciente de algunos centros hospitalarios se debe al hecho de negarse en redondo a practicar la eutanasia.

30. Para un desarrollo más profundo de esta idea, véase el interesante estudio de J.-M. LONGNEAUX, "Le droit de tuer. Les cas de la peine de mort et de l'euthanasie", *Cahiers Esphi*, F.U.N.D.P., Namur, nº 33, 1997, en especial pág. 12.

31. A este respeto, véanse especialmente las reflexiones de P. VERSPIEREN, "L'euthanasie: une porte ouverte?", *Etudes*, 1992, págs. 63-74.

32. C. ATIAS y D. LINOTTE, "Le mythe de l'adaptation du droit au fait", *D.S.*, 1997, crónica XXXIV, págs. 251-258.

33. Muchas personas se dicen partidarias de la eutanasia pasiva, cuando la expresión correcta para manifestar su postura sería el rechazo al empeño terapéutico. A menudo, el sólo miedo a sufrir es el que empuja a muchas personas a declararse a favor de la eutanasia. Debe reconocerse honestamente que el debate se ha desvirtuado. Estoy convencido

de que, en las encuestas, el porcentaje de ciudadanos partidarios de la eutanasia sería claramente inferior al actual si la pregunta planteada contemplara la posibilidad de controlar el dolor.

34. Por ejemplo, M. ENGLERT, op. cit., pág. 18 y la intervención de la Sra. DARDENNE en el Senado, Informe analítico, Sesión del 10 de diciembre de 1997, pág. 2207.

35. J. MESSINE, "Réflexions d'un juriste", *Journal des Procés*, nº 276, 1995, pág. 13.

36. En este sentido, la intervención de la Sra. WOUTERS en el Senado, informe analítico, Sesión del 9 de diciembre de 1997, pág. 2185: "En Bélgica, por el momento, la incompetencia es la regla y la competencia la excepción en el tratamiento de enfermos terminales (...) La otra razón que justifica la petición de la eutanasia deriva del dolor no controlado (...) Un trabajo realizado -en un hospital belga- en 1997 concluye (...): en cuanto el dolor de los pacientes que habían solicitado la eutanasia se tomó en consideración, todos dejaron de solicitarla. Si se hubieran visto ante facultativos no preparados para controlar el dolor, se les hubiera aplicado la eutanasia a algunos de ellos, no por compasión o por respeto a su autonomía, sino por pura incompetencia. Un estudio realizado en Francia demuestra que sólo el 3% de los internistas y el 7% de los especialistas prescriben dosis adecuadas de morfina (...)"

37. M. VIVANT, "Internet et modes de régulation", en E. MONTERO (Ed.), *Internet face au droit*, Bruxelles, Kluwer, 1997, pág. 229.

38. En este sentido, X. DIJON, *Le sujet de droit en son corps*, op. cit., pág. 537, nº 771. Comp. H. NYS, *La médecine et le droit*, op. cit., pág. 277. nº 710.

EUTANASIA Y MULTICULTURALISMO Derecho, moral y religión en una sociedad pluralista (*)

Andrés OLLERO

(Universidad de Granada, ESPAÑA)

Europa comienza a vivir una novedosa experiencia. Las frecuentes invocaciones al consenso remitían hasta ahora a marcos culturales homogéneos, consolidados a lo largo de siglos. Hablar en serio de consenso obligaría ahora a comenzar a asumir una inédita perspectiva multicultural.

El progresivo acercamiento político de las Europas separadas por la guerra fría no puede ocultar que los decenios no pasan sin dejar culturalmente huella. Berlín -una ciudad que encierra aún en sí dos sociedades- puede seguir sirviendo de expresivo escaparate. Todo esto es nada, sin embargo, comparado con el desafío que supone la creciente implantación en la Europa occidental de minorías ya consolidadas, que rompen -racial, religiosa y culturalmente- una homogeneidad hasta ahora rutinaria.

Un cúmulo de nuevos problemas surgen sin que se haya acertado a adelantar respuestas. La empalizada Schengen cobra aires de nuevo muro, en un continente en el que -al menos, por el momento- comportarse como el "WASP" de turno no produce siquiera mala conciencia.

A abordar la dimensión filosófico-jurídica de la cuestión puede ayudarnos,

ahorrándonos la opción por la futurología, el debate argumental suscitado en los últimos años por problemas polémicamente marcados por netas discrepancias antropológicas e incluso religiosas. La eutanasia podría, por ejemplo, servirnos de punto de referencia.

SIETE RAZONES PARA DESPENALIZAR

Los argumentos más frecuentemente esgrimidos para apoyar la despenalización de la eutanasia pueden servirnos, en más de una ocasión, de pista sobre la relevancia filosófico-jurídica de esta emergente sociedad multicultural.

Recordemos algunos de los más usuales:

- 1. El *derecho*, al regular el ámbito de lo *público* no tiene por qué asumir *exigencias morales*, por legítimas que sean en el ámbito de la *autodeterminación privada*.

- 2. Sobre todo, si emanan de *códigos confesionales*, dada la *libertad de conciencia* exigible en una sociedad plural y secularizada.

- 3. No cabría, pues, recurrir al *derecho* para *imponer* las propias *convicciones* a los demás, obligando -por ejemplo- a sufrir a quien no se considera en condiciones de soportarlo. Ello sería particularmente indiscutible si nos halláramos ante una presunta *eutanasia pasiva*, que sólo pretendería aminorar el dolor del paciente, aunque indirectamente pueda acortar su vida.

- 4. Más que *reprimir* -por vía jurídica- la libertad, sería preferible *promover* con-

diciones sociales distintas de las que puedan estar empujando a ejercerla en una dirección desaconsejable.

- 5. Cada cual ha de gozar de *libertad* a la hora de orientar el desarrollo de su personalidad, de lo que cabría incluso derivar la existencia de un *derecho a la muerte*.

- 6. Aunque, por el contrario, se considerara el *derecho a la vida* como *irrenunciable*, podría apuntarse que la protección que el artículo 15 de nuestra Constitución garantiza a la vida debería entenderse reservada a la que aún reúna unos niveles mínimos de *calidad* que vendrían exigidos por la misma *dignidad humana*.

- 7. En todo caso el *Estado* debe mantener una inhibición *neutral* ante esas *cuestiones morales polémicas*, en beneficio de una mayor *libertad* de los ciudadanos.

Si intentamos darles respuesta, quizá estemos adelantando alguna de las que la nueva sociedad multicultural está ya exigiendo.

1. ¿UN DERECHO SIN MORAL?

El derecho, y muy particularmente el penal, se ve abocado a asumir exigencias morales. Problema distinto es que no haya de asumirlas todas.

Sus aspiraciones éticas se conforman con la garantía de un razonable marco de convivencia, mientras que la moral nos invita a dotar del máximo sentido a nuestra existencia personal. Dentro de esta tensión -entre la frontera de lo jurídico, que nos libera de situarnos bajo mínimos éticos, y el tendencial maximalismo de la moral personal- habrá pues que determinar qué exigencias, también morales, deberá asumir el derecho y cuáles no.

Muy expresivo de la querencia minimalista propia de lo jurídico -agudizado por la peculiar incidencia sancionadora de ese sector del ordenamiento- es el principio de *mínima intervención penal*, que reserva dicha tipificación para una gama reducida de conductas: las que puedan afectar a bienes jurídicos que -predominantemente, por razones también morales- no cabría dejar a la libre disposición del arbitrio privado, ni considerarlos suficientemente defendidos con sanciones que no lleven consigo la privación de bienes tan primarios como la libertad o -en algunos países- incluso la vida.

A lo largo de la historia se ha aspirado reiteradamente a solventar de modo expeditivo esta tozuda vecindad entre derecho y moral, que se convierte en especialmente embarazosa cuando los imperativos morales aparecen culturalmente vinculados a marcos religiosos confesionales. La fórmula feliz -tan aparentemente simple como para ocultar a duras penas su simplismo- invitaría a desplegar sin cortapisas las convicciones morales en el ámbito de lo privado, a la vez que se descarga drásticamente de ellas al ámbito de lo público.

Se invita, pues, a que cada cual monte en casa su altar a los lares o penates heredados o preferidos, sin empeñarse en sacarlos a la calle en procesión; pese a que -para un sevillano que se precie- una calle sin procesiones difícilmente servirá como deseable arquetipo de pública libertad.

La extrapolación del modelo a una sociedad multicultural provoca una ine-

vitale perplejidad. Cada cual habría de vivir en su casa la propia cultura, mientras la calle sería culturalmente "neutral". Basta evocar los avatares plurilingüísticos de sociedades europeas de notable homogeneidad cultural para dar paso al más rotundo escepticismo.

A poco que se reflexione, acaba resultando evidente que no cabe discernir si una cuestión deberá regularse mediante los públicos mecanismos del derecho, o si debe delegarse a privadas exigencias morales -es decir, trazar la frontera entre derecho y moral-, sin emitir, con paradójica prioridad, un juicio radicalmente moral. Sólo partiendo de un determinada concepción del hombre, y de su relación con la sociedad, podremos ofrecer la respuesta.

Desde una perspectiva individualista, por ejemplo, sería fácil dictaminar que nadie debe verse obligado a vivir ni un segundo más de lo que desee. Desde una perspectiva solidaria, por el contrario, nadie más altruista que el abnegado bombero que pone en peligro su vida por intentar salvar la de un depresivo suicida. Una privatización de la vida, que la convirtiera en disponible sin trabas jurídicas a la mera autodeterminación individual, implicaría una pública opción moral no menos discutible que cualquier otra.

2. RELIGION CIVIL PARA UNA SOCIEDAD SECULARIZADA.

No menos frecuente viene resultando la atribución de las más crispadas polémicas de nuestras sociedades post-ideológicas al empecinamiento de lo "sagrado" por hacerse presente en el ámbito de

lo público. Valga la alusión al planteamiento de R.DWORKIN sobre "el dominio de la vida" como tópica referencia.

La asunción de una perspectiva multicultural, al permitir poner teóricamente entre paréntesis factores confesionales, desvela la nula neutralidad del laicismo y su escaso respeto a esa libertad de conciencia que caracteriza a la herencia cultural europea. Cualquier intento de relegar al gueto toda cultura foránea no lograría eludir una sumaria condena por xenofobia. Pretender desmontar los elementos religiosos de cada cultura, con la esperanza de llegar así a un ámbito público liberado de crispación, equivaldría a organizar una gigantesca misión para convertir a tirios y troyanos a una novedosa religión civil.

Volvamos a la fronteriza superposición de exigencias morales y jurídicas. Si hay razones para considerar a un bien -por su pública relevancia- digno de protección jurídica, el tratamiento que confesionalmente merezca a unos u otros grupos sociales debe considerarse indiferente. Lo contrario llevaría a optar confesionalmente por el laicismo, provocando una generalizada guerra de religión como paradójico homenaje a la libertad de conciencia. Semejante "neutralidad" ya tuvo ocasión de proponerla MARX cuando, al abordar "la cuestión judía", lamentaba que se ofreciera libertad religiosa a quienes necesitaban ser liberados de la religión.

Los juicios morales que la eutanasia merezca podrán verse más o menos condicionados por convicciones religiosas.

Tan absurdo como pretender que se imponga su penalización, invocando tal argumento de autoridad, sería dar por obligada su despenalización en aras de la libertad de conciencia.

El establecimiento de la frontera de lo jurídico seguirá siendo perentorio. Ensueños anarquistas al margen, el incondicionado despliegue de la conciencia de cada cual suele hacer imposible la convivencia social. Para hacerla posible existen -precisamente-, además de los códigos morales, los ordenamientos jurídicos. No cabrá tampoco un multiculturalismo a ultranza. La vieja noción del "orden público", o la más reciente de las "exigencias de una sociedad democrática", resultaría problemáticamente compatible con la poligamia y decididamente incompatible con los sacrificios humanos.

3. DESACTIVACION MORAL DEL LENGUAJE

Como ya se ha puesto de relieve, el derecho penal impone siempre convicciones. Cabría incluso afirmar que resultaría inconcebible si renunciara a ello; tan absurdo sería, desde el punto de vista de su objeto, dar paso a la sanción penal sin estar convencido de que el bien protegido lo merezca, como dejar el cumplimiento de sus normas al libre arbitrio de cada sujeto.

Ante esta tesitura no es infrecuente la búsqueda de una apariencia de neutralidad desdramatizada a través de los juegos de palabras. No sueña igual abortar que interrumpir el embarazo, ni cooperar a un suicidio deseado que provocar

la eutanasia. En dicho elenco eufemístico podría no pocas veces incluirse la apelación a la llamada "eutanasia pasiva", particularmente útil para provocar -deliberadamente o no- relevantes equívocos. Cuando se la confunde con la mera renuncia a un "encarnizamiento terapéutico" -sin defensor conocido- ayuda a dar por supuesta la existencia de una redundante "eutanasia buena", lo que liberaría al término de verse considerado como absolutamente rechazable. Utilizado el término con rigor, designaría en realidad la provocación de una muerte por omisión del necesario socorro; como ocurre en la doctrina alemana con la llamada "eutanasia precoz", por la que se niega alimento al recién nacido con malformaciones.

Este recurso al lenguaje cifrado, lejos de favorecer una apertura multicultural, no hace sino cerrar el ámbito de comunicación, al crear un artificial espacio subcultural con intención de marginar a los inmediatos discrepantes.

4. FUNCION PROMOCIONAL DE LA NORMA PENAL.

No tiene mucho sentido establecer un dilema entre *reprimir* conductas o *promover* condiciones sociales que disminuyan la posibilidad de que tales conductas lleguen efectivamente a generarse. La norma penal no solo reprime, sino que ejerce a la vez una relevancia "pedagógica", convirtiéndose inevitablemente en promotora o disuasora de conductas. El ciudadano se muestra tozudo a la hora de considerar "malas" las conductas que la norma prohíbe y "buenas", o

al menos tolerables, las que permite. Aunque toda despenalización parezca aportar -desde una óptica represiva- un avance en libertad, suele constituir a la vez un modo particularmente eficaz de promover condiciones sociales favorables para la multiplicación de conductas que se venían considerando rechazables.

Por más que las propuestas de despenalización de la eutanasia aspiren sólo a buscar salida a casos excepcionales dignos de pública compasión, no podrán dejar de provocar consecuencias "normalizadoras". El heroico bombero, listo para impedir un inminente suicidio, puede verse sustituido -como prototipo de ciudadano altruista- por el sanitario que se presta gustoso a ayudar a consumarlo. Sea cual sea el juicio moral que tal operación merezca, su incidencia jurídica sobre las pautas de comportamiento social admite pocas dudas.

Habría, pues, que plantearse con responsabilidad en qué tipo de sociedad nos encontramos. Si consideramos a la nuestra marcada por un irresistible afán solidario de acogida al otro, o más bien por un individualismo posesivo que empuja a desembarazarse de él, a poco que se convierta en estorbo. Sería así más probable acertar a la hora de prever las conductas llamadas a multiplicarse.

Nos sale al paso ahora una nueva diferencia que añadir, junto al ya señalado juego mínimos-máximos, al reflexionar sobre la lógica interna propia de la moral y del derecho.

En la perspectiva moral cobra particular relevancia cada acto; al que se aspi-

ra a dar pleno sentido. El caso concreto reclama que del modo más pleno se haga justicia, aun a costa de que perezca el mundo. De ahí que el "consecuencialismo", con su conversión del cálculo de las consecuencias prácticas en máxima decisiva del obrar, goce de tan escaso prestigio moral como la convicción de que el fin justifica los medios.

En la perspectiva jurídica, por el contrario, el resultado práctico debe siempre ser responsablemente contemplado. No se trata de suscribir un pragmatismo sin principios -es más, éstos acabarán inevitablemente protagonizando la dinámica real de las normas- sino de huir de actitudes meramente testimoniales, para ponderar el alcance práctico de la realización del principio y su efectivo costo social. Esto hace del derecho un instrumento más útil para la responsabilidad que para la compasión. Ante ciertas comprensibles querencias "moralizantes", no vendrá recordar algo muy elemental: el derecho no sirve para todo. Su minimalismo le lleva a renunciar a dar respuesta a todos los problemas humanos u ofrecer satisfacción a todas sus necesidades.

No es difícil, por ejemplo, prever teóricamente -y la experiencia comparada así lo va refrendando en la práctica- que la despenalización de la eutanasia acaba afectando sensiblemente a la actitud de respeto a la vida, característica del personal sanitario. De modo ambivalente, se produce a la vez un deterioro de la confianza que merece al enfermo. El tránsito de la muerte por petición personal expresa y reiterada a la muerte por petición

presunta o expresada por terceros -o a la simple eliminación de una vida en situación precaria por considerarse, sin mediar petición alguna, privada ya de todo valor- es una triste realidad que debe ayudar a solventar, en términos estrictamente jurídicos, esta polémica.

La multiplicidad cultural, tantas veces arraigada en convicciones religiosas discrepantes, debe encontrar en esta lógica interna de la realidad jurídica un punto de encuentro. La misma Europa que hace siglos superó, gracias a la invocación a un compartido "derecho de gentes" querellas religiosas internacionales, lo echará ahora progresivamente en falta a la hora de superar fracturas culturales intranacionales.

5. ¿VIDA RENUNCIABLE O DERECHO A LA MUERTE?

La existencia de derechos irrenunciables recuerda elocuentemente que lo jurídico se asienta en un fundamento que desborda el puro voluntarismo individualista.

No se tiene derecho a todo lo que se quiere; ni siquiera a satisfacer todas las pretensiones avaladas por razones morales, si no cabe ajustarlas con otras ajenas quizá no menos legítimas. En determinadas circunstancias, el derecho -lejos de ser ciego instrumento de la voluntad individual- aspira incluso a defender al sujeto de sus propias limitaciones, dando paso a un siempre polémico "paternalismo".

El derecho a la educación sirve, entre nosotros, de arquetipo, al considerarse obligatoria la escolaridad hasta los 16

años. Ni las juveniles ansias lúdicas de su presunto beneficiario, ni la búsqueda de colaboración por parte de unos padres demasiado atados al corto plazo, pueden convertir en renunciable tal derecho. Tampoco sería admisible que alguien renunciara a su libertad para venderse como esclavo; aunque el personaje cinematográfico del romanista, prematuramente jubilado a los 65 años, que se ofrecía como tal resultara no hace mucho notablemente verosímil.

¿Cabría considerar también, e incluso antes, irrenunciable al derecho a la vida? No faltan quienes lo sostengan sin vacilación, al entender que no hay bien jurídico más valioso que la vida misma, que condiciona el ejercicio de cualquier otro derecho. Las argumentaciones "paternalistas" encuentran también aquí amplio campo; ¿cuántos que desearon la muerte, llegando incluso a la tentativa de suicidio, han agradecido largamente el que alguien les impidiera consumarlo?

La presencia del dolor, sin embargo, privado de toda razonable esperanza de que tan penosa situación fuere aún reversible, configura un marco excepcional. Los argumentos solidarios, especialmente eficaces para cuestionar el puro arbitrio individual, pierden también fuerza. La afirmación de que los demás necesitan nuestra vida, por penosa que para nosotros pudiera resultar, se viene abajo cuando todo parece indicar que ya no se es sino una carga, y el dolor que se ocasiona a los demás acaba resultando tan gravoso o más que el que físicamente se experimenta.

Si entraran en escena planteamientos de orden religioso, el panorama podría cambiar radicalmente. Si se admite que Dios es el único señor de la vida y de la muerte, y que el dolor es una circunstancia que no escapa a su providencia, hasta poder incluso hacer derivar de él frutos positivos, resulta más fácil argumentar que nadie tendría derecho a poner fin a la suya. La vida se convierte así en moralmente "obligatoria" e irrenunciable. ¿Ocurrirá lo mismo jurídicamente?

La situación se hace paradójica. Si el enfermo terminal suscribiera tales planteamientos religiosos, condicionarían su propia actitud con lo que el problema no llegaría a plantearse. Si, por el contrario, no los asume -teórica o prácticamente- no parece muy lógico que, en una sociedad pluralista y secularizada, se vea forzado por vía jurídica a asumirlos. Las razones morales no confesionales parecen poco capaces de brindar fundamento suficientemente sólido para justificar una neta respuesta jurídica.

Asunto distinto es que ello lleve a dar por buena la existencia de un "derecho a la muerte". La gama de calificaciones que puede merecer una conducta es más amplia que la que marcaría un forzado dilema "o delito o derecho". Podemos, sin duda, encontrarnos ante conductas delictivas prohibidas y castigadas por la ley. No bastaría, sin embargo, que dejen de revestir tal carácter para que se vieran automáticamente convertidas en derechos; aunque podamos hacer todo aquello que no se nos haya prohibido, ello no implica que estemos en condiciones de

esgrimir dicha posibilidad -meramente fáctica- enarbolándola como un derecho.

No tenemos derecho, en sentido propio, a hacer todo lo no prohibido. Simplemente podremos hacerlo de hecho, sin que de ello deriven respuestas obligadas por parte del ordenamiento jurídico. Conductas susceptibles -por no sancionadas- de considerarse permitidas o toleradas, sólo se convierten en derechos cuando el actor dispone de un título legítimo capaz de habilitarle para solicitar el amparo del ordenamiento. Ello explica que nuestro Tribunal Constitucional señale que, para que una mera posibilidad fáctica se convierta en exigencia jurídica, sea preciso analizar la finalidad perseguida con tal ejercicio de la libertad.

Bien es verdad que, aunque -en teoría- la despenalización de una conducta, o el reconocimiento de su no exigibilidad bajo sanción penal en determinado supuesto, no convierte lo que era delito en derecho, la experiencia demuestra que así puede -en la práctica- acabar ocurriendo. Nos encontramos ante una gráfica consecuencia más de la ya aludida función pedagógica y promocional de las normas.

Desde una perspectiva jurídica, si diéramos por existente un título legítimo para exigir a otro la eliminación de la vida propia -o para exigirle la eliminación de una vida ajena que nos condiciona- estaríamos imponiéndole paradójicamente un grado de "solidaridad" que desborda con creces el minimalismo de lo jurídico. Con la despenalización de la eutanasia -como ya se ha comprobado con la del aborto- se acabaría exigiendo

jurídicamente una conducta, y no sólo solicitándola apelando al altruismo moral. Claramente lo ha puesto de relieve la experiencia de los médicos de la sanidad pública, obligados -en la práctica- a acogerse a la objeción de conciencia para negarse a cooperar en conductas abortistas que, por no corresponder a un derecho ajeno, no implicarían tampoco -teóricamente- deber alguno.

6. CONTRA VIDA MALA BUENA MUERTE.

Parece indisimulable la dificultad de encontrar razones morales para rechazar la eutanasia -a petición expresa, reiterada o, al menos, lúcida del enfermo-, si no se suscribe un punto de vista transcendente capaz de relativizar la capacidad de autodeterminación sobre la propia vida. No menos difícil parece apoyarse en razones de solidaridad meramente "horizontal"; su alcance resulta problemático en condiciones tan penosas que casi cabría considerar como "solidaria" la consideración de la propia vida como una mera carga para los demás, o de altruista el deseo de liberarlos de ella.

Aun no reconociendo al enfermo terminal la titularidad de un derecho a la muerte, parecería -de tejas abajo- legítima su opción moral. Moralmente legítima cabría también considerar la solidaridad presumible en quien se presta a facilitarla, aunque sin duda en menor grado; puestos a ser solidarios, mejor intentar ayudarle a encontrar sentido a su situación. Podrían bastar, sin embargo, para hacer razonable una despenalización, si no se dieran razones estricta-

mente jurídicas como las arriba expresadas.

Más eficaces se muestran aún estas razones estrictamente jurídicas cuando se confrontan con el planteamiento moral que, descartando que nos encontremos ante un derecho renunciante, condiciona a la existencia de unos mínimos de calidad de vida su reconocimiento como derecho. Se introduce con ello un nuevo elemento especialmente perturbador.

De la libre autodeterminación -subjetiva- del enfermo terminal se pasa a la apreciación por un tercero de unas condiciones -presuntamente objetivas- capaces de justificar por sí solas la eliminación de una vida a la que ya no cabría ni tener derecho. Debe darse por descartado que pudiera bastar la mera voluntad de sobrevivir para que se dieran por cumplidas tales condiciones; ello equivaldría a admitir que la vida propia tendría la calidad que cada cual subjetivamente decidiera conferirle, con lo que se estaría pasando inadvertidamente a defender el carácter renunciante del derecho a la vida, previamente rechazado.

Una vez más, frente a la argumentación moral, reaparecen razones más propiamente jurídicas que hacen desaconsejable la despenalización. No sería, en efecto, muy responsable ignorar sus consecuencias, dado el marco real en que dicho dictamen se acabaría produciendo: alto costo de los tratamientos a enfermos en tales circunstancias, agobio habitual a la hora de disponer de camas libres en una sanidad pública sobrecar-

gada, necesidad de contar con órganos para posibles transplantes, deterioro personal y económico del entorno familiar del enfermo...

7. DERECHOS CONTRA LA MAYORIA

Ha logrado éxito el irreflexivo tópico que empareja a la democracia con el relativismo axiológico. La voluntad de la mayoría se convertiría en único criterio supremo de lo público. Las incuestionadas fórmulas del Estado de Derecho reposan, sin embargo, sobre fundamentos absolutamente diversos.

En el ordenamiento jurídico español no ha habido aún ocasión de pronunciamiento constitucional alguno sobre una inexistente despenalización de la eutanasia, ni de la cooperación al suicidio de otro, como eufemísticamente la caracteriza el Código Penal. No faltan, sin embargo criterios ya expresados que puedan servir de punto de referencia. Hay bienes jurídicos (como la vida del no nacido) que el Estado ha de defender, aunque no exista siquiera titular capaz de exhibir un derecho al respecto. Es más; el Estado habrá de proteger una vida, en contra incluso de la voluntad de quien sí lo tiene, si se trata de un recluso que -encomendado a la Administración penitenciaria- se declara en huelga de hambre.

No sólo se excluye toda posible neutralidad del Estado ante bienes merecedores de pública protección, sino que se considera especialmente obligada su defensa frente a posibles exigencias de la mayoría. Históricamente, la lucha por los derechos humanos ha podido apo-

yarse siempre menos en los tópicos vigentes que en la utopía. Jurídicamente, esta lucha se ha traducido en un afán de protección de las minorías, mediante fórmulas que posibiliten el control de constitucionalidad de esas mismas leyes que son la arquetípica expresión del consenso mayoritario.

Resulta también significativo que, a la hora de regular los derechos fundamentales, se excluya toda posible entrada en juego de la iniciativa legislativa popular contemplada (con un respaldo de medio millón de firmas) por nuestra Constitución.

No parece muy razonable aspirar a resolver mediante proclamas irenistas el conflicto entre posturas contrapuestas, tengan como fundamento convicciones religiosas o criterios morales vinculados a la cultura predominante. Decidir que la expulsión del ámbito de lo público de lo religioso, y de sus prolongaciones culturales, desdramatizaría automáticamente la convivencia social resulta caprichoso. Considerar que el grado de obligatoriedad de la inhibición del Estado ante un problema ha de ser proporcional al nivel de crispación suscitado por su público tratamiento no deja de parecer paradójico.

La intensidad polémica alcanzada por un debate social más bien debería considerarse como síntoma de la necesidad de una intervención estatal -dada la relevancia que los ciudadanos atribuyen al problema- que de lo contrario. Cuando, en tales circunstancias, se opta por la inhibición jurídica es fácil que haya

entrado en juego algún larvado prejuicio moral.

Detrás de más de una proclama de "neutralidad" de lo público se detecta la fe en la armonía preestablecida propia de la moral individualista. La convicción de que cada cual puede organizar a su gusto lo que afecta a su programa de vida resulta mucho más pacífica cuando pasa inadvertida la existencia de un tercero capaz de exigirnos solidaridad. El individualismo posesivo que -apelando al derecho de propiedad sobre el propio cuerpo- acompaña a la polémica sobre el aborto resulta elocuente al respecto.

En un contexto multicultural puede entrar, sin embargo, inadvertidamente en escena un prejuicio laicista. La polémica no sería fruto de la relevancia de los bienes en juego, sino de un fanatismo artificialmente introducido en el ámbito neutral de lo público por fundamentalismos religiosos. Puede llegarse incluso al exceso de tachar de fundamentalista a todo el que se atreva a atribuir algún fundamento a lo que defiende, haciendo así obligatoria la opción por alternativas más lúdicas y relajadas.

El fundamentalismo entra, sin embargo, realmente en juego cuando se renuncia a la argumentación, para recurrir a la violencia, o cuando se rechaza toda posible distinción entre exigencias morales y jurídicas, por entenderse -en clave "integrista"- que el derecho habría de asumirlas en su integridad.

Intentar excluir de lo público todo aquello a lo que se pueda atribuir sólido fundamento, o sea defendido con seriedad

susceptible de generar polémica, supondría imponer sin debate un monoculturalismo de lo trivial. Su fruto sería la devaluación del debate democrático, reducido a girar en torno a propuestas infundadas, formuladas sin convicción por quienes no las consideran dignas de ser abordadas con particularidad seriedad.

No parece la mejor forma de aspirar al logro de una dimensión multicultural dejarse llevar por una invencible dificultad previa para asumir aspectos con significativa presencia en el propio ámbito cultural. Tanto más si se tratara precisamente de los que más podrían facilitar el entendimiento con otras culturas.

Volviendo al forzado emparejamiento de la democracia -convertida en seña indiscutible de nuestra cultura- con el relativismo nos vemos empujados a la paradoja. La negación de la existencia de fundamentos objetivos de lo humano convierte a las culturas en productos casuales de imposible contraste mutuo. Si nada puede ser considerado más verdadero o falso, legítimo o ilegítimo que su contrario, no queda otra posibilidad que la imposición de la cultura hegemónica, acompañada de aquellos alvéolos culturalmente exóticos que se muestre capaz de asumir en su seno. Sólo considerando las culturas como expresiones históricas y plurales de una común naturaleza humana, podría contarse con el fundamento requerido por una dimensión multicultural.

La existencia de unas exigencias jurídicas con fundamento objetivo se convierte en condición para el estableci-

miento de normas de obligado cumplimiento, que no impliquen la mera imposición de un colonialismo dictado por una cultura que -a golpes de relativismo- se autoproclama indiscutible.

Sólo contando con elementos objetivos, a la hora de trazar la frontera del solapamiento entre exigencias morales y jurídicas, podremos poner freno a cualquier intento integrista de proyectar indiscriminadamente sobre la vida pública un código religioso omnicomprendivo. La negación del derecho natural, hoy culturalmente dominante, se convierte paradójicamente en eficaz aliada de esos fundamentalismos a los que priva de todo freno.

Sólo contando con elementos objetivos, a la hora de establecer qué elementos culturalmente ajenos deben integrarse en los mínimos éticos impuestos por vía jurídica, podremos evitar la exclusión de toda convivencia multicultural.

CONVICCIONES RELIGIOSAS EN UNA SOCIEDAD PLURALISTA.

Podría parecer que no hemos dado suficiente cuenta de todo lo que nuestro título anunciaba, si no abordáramos -aunque fuere tardíamente- la referencia a la religión en una sociedad pluralista.

Ciertamente hemos aludido a ella para dar por hecho que, partiendo del reconocimiento del dominio exclusivo de un Dios transcendente sobre toda vida humana, la solución moral de la cuestión resulta notablemente más fácil. No parece claro, sin embargo, que -partiendo sólo de esa convicción moral-

pueda imponerse jurídicamente tal solución en una sociedad en la que conviven creyentes, incrédulos, alérgicos a la fe o incluso paganos militantes.

Ello no quita, sin embargo, relevancia a ese "saber más" que brinda la fe religiosa. A mi, en concreto, me ha llevado al previo y temprano convencimiento de que una solución que haga imposible respetar sus evidencias se apartaría de la verdad. Aunque no me considere legitimado para convertir directamente tal convicción en argumento capaz de resolver por vía jurídica nuestro problema, sí me ha llevado indirectamente a no cejar en el esfuerzo por encontrar otros argumentos que lleguen a mostrarse capaces de convencer a mis conciudadanos de lo rechazable de una despenalización de la eutanasia.

Extender, por los medios lícitos que el pluralismo democrático deja abiertos, esta convicción entre los conciudadanos facilitaría el logro del necesario consenso sobre el particular. Sería, por otra parte, la fórmula mas "promocional" imaginable para transformar esas conductas insolidarias que hoy empujan al enfermo a considerarse una carga, impiden encontrar sentido alguno al dolor del hombre o sugieren de modo simplista la bárbara solución de acabar con el hombre como método más eficaz de que el dolor deje de estropear, de una vez por todas, el paisaje social.

(*) Ponencia presentada al Simposio Internacional de Ciencias Sociales "Razón práctica y multiculturalismo". Centro de Estudios Europeos, Universidad de Navarra, 8 de noviembre de 1996.

POLÍTICA DE ESTADO ANTE EL FINAL DE LA VIDA. LA TRANSFORMACIÓN DE LA DEONTOLOGÍA MÉDICA

STATE POLICY AT THE END OF LIFE. THE TRANSFORMATION OF MEDICAL DEONTOLOGY

José Miguel Serrano Ruiz-Calderón.

Universidad Complutense de Madrid. (España)

jmruizcalderon@der.ucm.es

Resumen

El estado contemporáneo invade la vida privada de formas que afectan incluso al proceso final de la vida. Para ello desarrolla políticas públicas que pueden transformar la deontología médica. Esta abandona la limitación del poder del médico en atención al fin de la profesión y puede volverse un código conveniente.

Palabras clave: voluntad anticipada, eutanasia, dignidad, sedación terminal, deontología médica, política pública.

Abstract

The contemporary state invades privacy in ways that affect even the end of life process. It develops public policies that can affect medical ethics. This limitation of power leaves the doctor's attention to the profession and may become a convenient code.

Key words: advance directives, euthanasia, dignity, terminal sedation, medical ethics, public policy.

1. Introducción

Es indudable que el título de la intervención, ahora artículo, tiende a producir ciertos equívocos. Por un lado apunta a la acción del Estado, ni más ni menos que a una política al final de la vida. Es decir, una acción que si bien se piensa, parece propia de estados excesivos del pasado, casi totalitaria, pues lejos de centrarse en la vida en común más allá del ámbito doméstico, según la conocida definición de Hannah Arendt, afecta de forma pública a lo más íntimo, es decir, a la forma de morir que curiosamente a la vez que desaparece de nuestra visión común, muerte oculta, tiende a gestionarse de una forma indicada, correcta, desde la perspectiva estatal.¹

Pero por otra parte el título se refiere a la deontología médica, pero en una situación peculiar, no ya como normas de la propia profesión, creada por esta y que atiende al telos de la actividad sino como una norma que es inspirada por el Estado para una transformación de la actividad médica que encaje en las propias normas del Estado. En esta peculiar relación, el Estado debe transformar la deontología para transformar la sociedad.² En este sentido las Exposiciones

1 A este respecto Arendt, H «La esfera pública y la privada» Cap.2. en: *La Condición Humana*, Paidós, 1993, pp.37-97.

2 Véase en este sentido la definición de íntimo y acción pública que recoge la *Ley de Salud Sexual y Reproductiva y de Interrupción Voluntaria del Embarazo*: La decisión de tener hijos y cuándo tenerlos constituye uno de los asuntos más íntimos y personales que las personas afrontan a lo largo de sus vidas, que integra un ámbito esencial de la autodeterminación individual. Los poderes públicos están obligados a no interferir en ese tipo de decisiones, pero, también, deben establecer las condiciones

de Motivos de las nuevas normas radicales del periodo Zapatero son muy reveladoras del nuevo proceso político, más a veces que el propio articulado.³

Ya en su momento advertíamos de los riesgos de la deontología médica contemporánea, que por un lado se enfrentaba al abandono en los planes de estudio de Medicina en buena medida por la actitud utilitarista de profesores y alumnos, y por otro, se enfrentaba al cambio en las condiciones de la Medicina, comenzando por la tecnificación y continuando con la sustitución de la posición del médico en el entramado social.⁴

2. Ruptura de la deontología en la nueva afirmación de derechos

Desde una perspectiva deontológico profesional, la novedad que se propone con la eutanasia y el suicidio médicamente asistido rompe una de las limitaciones de la acción médica que existe al menos en la formulación teórica desde el juramento hipocrático.

No creo que sea muy revelador discutir, como se hace en la reciente literatura estadounidense, cual es el carácter del famoso juramento, si era un mínimo compromiso de ética cristiana o si es

para que se adopten de forma libre y responsable, poniendo al alcance de quienes lo precisen servicios de atención sanitaria, asesoramiento o información.

3 Véase el texto de Francisco José Contreras Peláez: «El Proyecto de Ley de no discriminación e Igualdad de trato»: http://www.paginasdigital.es/v_portal/informacion/informacionver.asp?cod=2275&te=15&idage=4344&vap=0.

4 Serrano, J. M. *Nuevas cuestiones de bioética*, Eunsa, Pamplona, 2002, p 25.

un resto tradicional que debe superarse ahora que superamos tantas cosas. Estos argumentos han sido utilizados por el doctor muerte Kevorkian para lanzar una nueva especialidad médica, la «obitatria», es decir, la sociedad médica o especialidad dedicada al homicidio de pacientes. (Evidentemente él ocuparía la posición del Pasteur del nuevo engendro). H. Thomas considera que en ese momento los médicos abandonan su posición ética para convertirse en una profesión mercantilizada, a Hipócrates por Kevorkian⁵.

El caso es que la limitación del médico de matar, incluso a quien se lo pide, es un mandato deontológico que parece cumplir los verdaderos parámetros de una deontología que no oculte principalmente un interés corporativo. Se trata de una severa limitación de un poder. Si se quiere de la resistencia a una tentación nada dulce pese a su nombre. Esto es, a juicio de L. Kass, la forma de diferenciar una norma deontológica de cualquier otra cosa⁶. El extremo de esta vinculación con el interés corporativo se alcanza cuando existe un determinado interés de los Colegios Profesionales, por ejemplo mantener la colegiación obligatoria y no caer en la Ley ómnibus, que recomienda modificar el código deontológico.⁷

5 Thomas, H. «De Hipócrates a Kevorkian: ¿Hacia donde va la ética médica?» En *Imago hominis*, Institut für Medizinische Anthropologie und Bioethik, Wien, vol. VII, n I, 2000, 49-58.

6 Kass, L. «Why doctors Must not Kill?» En Uhlmann, M. *Last Rights? Assisted suicide an Euthanasia debated*, Ethics and Public Policy Center, Washington 1998.

7 La última redacción soluciona algunos de los problemas que plantearon las primeras propuestas pero mantiene como exigencia ética

En efecto, la deontología está siempre afectada por la mancha del interés corporativo. Quiero decir, para evitar malas interpretaciones, que no creo que esto sea más característico del médico que del abogado o del financiero. Sin embargo, es cierto que de forma similar a como ocurría en los gremios medievales, tan idealizados a veces, una aplicación fundamental de la deontología, que la ha hecho tan sospechosa, como algunas éticas aplicadas como la propia ética de los negocios, es la protección de los profesionales y la severa limitación de la competencia y la intervención legal. En este sentido, debe observarse que el abandono del principio hipocrático según el cual no debe matarse al paciente, aunque nos lo pida, supone la toma por parte del médico de un poder que antes se le negaba. De ahí la acertada pregunta de Kass al conjunto de la sociedad: ¿Quiere usted que su médico tenga autorización para matarle?⁸

Punto relevante de este camino ha sido el que se ha seguido en las argumenta-

algo que es muy dudoso en cuanto convierte a todo médico, incluso al objetor, en garante, como si fuese un tratamiento médico, del aborto. Así en el 55.2 dice El médico, que legítimamente opte por la objeción de conciencia, a la que tiene derecho, no queda eximido de informar a la mujer sobre los derechos que el Estado le otorga en esta materia ni de resolver, por sí mismo o mediante la ayuda de otro médico, los problemas médicos que el aborto o sus consecuencias pudiesen plantear.

8 Este proceso está marcado fundamentalmente por la modificación moral que traen consigo las bioideologías que extienden una consideración narcisista y adaptativa a las circunstancias de cualquier limitación moral. En este sentido in extenso, véase Negro, D. *El Mito del hombre nuevo*, Encuentro, Madrid 2009, 247ss.

ciones «deontológicas» en alimentaciones artificiales cuya única contraindicación es precisamente la voluntad suicida del sujeto en unos casos o más comúnmente la voluntad de poner la propia vida en riesgo.⁹

El problema que aparece en la nueva deontología, la prueba de su falsedad, estaría en la dificultad para distinguir el comportamiento honesto del deshonesto. En efecto, si consideramos que es más cómodo atender costosamente el cuidado de un enfermo terminal que acelerar su muerte, que puede haber intereses públicos en aliviar este proceso y que la conciencia individual tiende a justificarse a sí misma en la conveniencia, es difícil distinguir cuando el comportamiento «deontológico» se pliega a una manifestación de voluntad pasada y poco precisa, aún más difícil es encontrar este criterio cuando, como ocurre habitualmente, no hay ningún tipo de manifestación de voluntad, ni precisa ni imprecisa. Véase a este respecto de la supuesta autonomía lo que ocurre con el Proyecto 121/000132 de *Ley reguladora de los derechos de la persona ante el proceso final de la vida* que en el artículo 8 cita todas estas personas para dar el consentimiento, una vez declarada la incapacidad de hecho, no se olvide por el criterio del médico.

a) A la persona designada como representante en las instrucciones previas.

b) A quien ostente su representación legal.

9 Véase in extenso Serrano, J.M: Alimentación cuidado y tratamiento: una deriva irracional y una posible enmienda a la eutanasia por omisión. *Anuario de Derechos Humanos*, 11,2010.

c) Al cónyuge o persona vinculada por análoga relación de afectividad.

d) A los parientes de grado más próximo y, dentro del mismo grado, al de mayor edad.

3. La voluntad anticipada como coartada

Se dice que las propuestas legislativas españolas tienen como fin garantizar la dignidad de la persona en el proceso final de la vida. Eso parece muy bien aunque es pretencioso y vago como todas las legislaciones de afirmación de derechos que ya aparecen en la Constitución.¹⁰ En última instancia una norma debe intentar resolver problemas en la manifestación de voluntad y en los equívocos que sobre esta surgen, es decir, debe ponderar los riesgos que existen a la luz de los casos que vienen ocurriendo.

Lo más grave que ha ocurrido en España a este respecto son las dudas surgidas

10 En la Exposición de motivos se afirma: Este es el marco normativo en el que se inscribe la presente ley. Una norma que se proyecta sobre una realidad social que viene, de un lado, caracterizada por los incasantes avances de la medicina y la mejora constante de las prestaciones sanitarias y de los tratamientos y cuidados frente a la enfermedad; y, de otro, y a causa de lo que se acaba de indicar, por el considerable aumento de la esperanza de vida, con el consiguiente envejecimiento de la población y el aumento de enfermedades de evolución progresiva, en muchos casos acompañadas de un alto grado de sufrimiento del paciente y, por extensión, de sus familiares y allegados.

Ello suscita interrogantes éticos y jurídicos sobre las respuestas que la sociedad y la ciencia, la medicina y los profesionales sanitarios y, por supuesto, las Administraciones y los poderes públicos, han de dar a un número creciente de procesos terminales, degenerativos e irreversibles, dolorosos y comprometedores de la dignidad personal de quienes lo sufren.

en Madrid sobre la administración de sedaciones contraindicadas o excesivas en un servicio de urgencias, sin que consten en los historiales clínicos la autorización del paciente, pero al menos en algunos casos con probables autorizaciones de parientes.

No he visto, al menos que recuerde, conflictos entre instrucciones previas y empecinamiento médico contra ellas. Tampoco denuncias por ensañamiento real o figurado.¹¹

Quiere decirse que la modificación legislativa en curso no parece diseñada para responder a un conjunto de problemas planteados ante los tribunales. En efecto, casos como Inmaculada Echevarria se resolvieron sin modificación legislativa y un Ramón Sampredo nunca sería eutanasiado con una ley como la que se pretende aprobar pues le falta la condición de terminal o en agonía que la define.

La norma pues aparece como todas las normas ideológicas españolas con la voluntad de afirmar un principio, en este caso la autonomía absoluta (discutible como cualquier otro); por otra parte procura implantar una ficción. Esta ficción es la instrucción previa o voluntad anticipada la cual crea la apariencia de que el paciente desfalleciente opina sobre su actual situación, en cierto modo decide.

La norma comete aquí un deslizamiento muy notable. En efecto, juega constantemente a la instrucción previa como fórmula normal de comportamiento cuando es totalmente excepcional y esa

desviación tiene un efecto real que no debemos perder de vista. Este efecto de la ley supera la dicotomía eutanasia o no eutanasia. Es perjudicial aun cuando no se implantase ninguna forma posible de eutanasia, pero por supuesto resulta mucho más perjudicial si la norma mantiene cierta ambigüedad en algunos puntos. Esta ambigüedad se centra en el rechazo al tratamiento como espero tener ocasión de desarrollar más adelante.

Pero volvamos a nuestro punto. Para la norma un sujeto ha dejado clara su instrucción y por ello permite o más claramente exige que se cumpla su propia voluntad. El parámetro es la autonomía y el riesgo el criterio equivocado del médico.

Sin embargo en la realidad que podemos observar el sujeto no ha dejado ningún tipo de instrucción previa. Es muy posible que su voluntad se encuentre debilitada y, en un número elevado de ocasiones la conformidad, es decir, el tópico del consentimiento informado será tomado por una persona o grupo de personas que además no es sencillo que estén de acuerdo entre ellas.

La voluntad anticipada es básicamente una medida preventiva. Frente al testamento, al que imitaba incluso en el nombre, no se trata de una disposición para cuando el sujeto ya no está, normalmente sobre sus bienes pero también sobre otros aspectos. La voluntad anticipada se supone que actúa cuando el sujeto todavía está y recae sobre él mismo, en una situación compleja, pues nadie dispone de sí como si uno fuera otro, es decir, como si lo dispuesto fuera el contenido de la disposición.

¹¹ In extenso véase el epílogo de Serrano J. M al libro de Hendin, H. *Seducidos por la muerte*, Planeta, Barcelona, 2009.

La excepción evidentemente se refiere a lo dispuesto en el código civil catalán en el 212, 3, 2. Se supone que en lo referente a donaciones de órganos la acción se realiza postmortem, aunque indudablemente se trata de un postmortem complejo como señalaba Hans Jonas al que el asunto de los criterios de Harvard no le convencía mucho a pesar de los esfuerzos notables que se hicieron para convencerle. Como en España los órganos están nacionalizados parecería que no tiene tanta importancia el testamento para dar pero sí para no donar. Pero como en la práctica se respeta la voluntad de las familias, ya veremos por cuanto tiempo, sí tiene importancia esta disposición para el individuo con ánimo donante.

Cuando la voluntad anticipada recae sobre el enterramiento invade el espacio jurídico que antes se reservaba al testamento. No parece, sin embargo, que esta invasión sea criticable. Otorgar el máximo de opciones a la persona para que manifieste su voluntad sobre lo que debe hacerse con su cuerpo y el cuerpo muerto, si es en cierta manera algo parecido a un objeto, parece razonable. Aún más cuando hay un continuum entre medidas finales de tratamiento, posible donación y enterramiento.

Desde el punto de vista jurídico parece que la voluntad anticipada es plenamente jurídica, en cierta medida es la quintaesencia de lo jurídico en determinado momento. Según Schopenhauer en *El mundo como voluntad y representación*, el derecho surge para evitar la intromisión de una voluntad sobre otra, el poder en un cuerpo, del que los

ejemplos más radicales serían el canibalismo y el homicidio. Si aceptásemos que cuando no hay voluntad presente, en el incompetente, hay voluntad, cosa discutible pero que no es mala ficción, la voluntad anticipada sería el medio idóneo para hacer presente esta voluntad en un futuro posible.¹²

Esta parece ser la explicación de la voluntad anticipada y es una ficción poderosa en el mundo contemporáneo. Creo que es sin embargo una ficción que debe ser consciente de esa condición ficticia. De hecho, muchas veces podemos preguntarnos si la ficción no está creando ciertos inconvenientes.

Partamos del supuesto, no aceptado, de que la condición del enfermo es básicamente la dependencia y de que el telos de la Medicina esta centrado en la acción protectora sobre una persona que esta en situación de grave dependencia: no sabe, en primer lugar, y no dispone en segundo. De hecho el acercamiento de la deontología clásica era limitar el poder enorme del médico en esa situación, era deontológico lo que limitaba y no lo que aumentaba el poder.

Con razón podemos pensar que la evolución del bioderecho ha sido dar una respuesta jurídica a un límite que fue puramente moral, mientras a su vez se crean respuestas a problemas impensables en la deontología tradicional como la misma obstinación terapéutica o todo el embrollo de la retirada de medios.

12 Schopenhauer, A., *El mundo como voluntad y representación*, en Schopenhauer, *TI*, Estudio introductorio por Luis Fernando Romero Claros, Gredos, Madrid, p 384 y sgts.

Es más, alguien podría pensar que la solución biojurídica, basada en la autonomía de la voluntad, permite graduar en cada persona las múltiples opciones «morales» que se presentan hoy en día (de hecho se han presentado siempre) respecto al dolor o la prolongación de estados dependientes.

¿Dónde se encuentra entonces la sospecha respecto al testamento vital? Digo donde se encuentra pues creo que los que nos acercamos a estos temas con ánimo diverso a dejarnos epatar por las grandezas de la legislación y la ciencia contemporánea debemos sospechar, en cierto sentido es nuestra obligación.

La sospecha se cifraría en lo siguiente: dado que la voluntad anticipada es una ficción que se basa en un presupuesto ideológico: la autonomía del paciente dependiente, la duda es si no se utilizaría la ficción para poder actuar sobre el paciente de una forma que la deontología clásica, desde la perspectiva del cuidado, rechazaría. Dicho de otra forma, el mito de la autonomía permitiría realizar acciones que afectan a la dignidad.

En el análisis de la sospecha, sin embargo, no podemos dejar de lado un problema no menor que parece resuelto mejor con voluntad anticipada que sin ella. Si prescindieramos del mito de la autonomía y pasásemos directamente al análisis del mejor interés podríamos encontrarnos con que el juego del buen interés pasaría incluso sobre la ficción de la voluntad. El caso más claro es el de las personas en estado vegetativo persistente en Estados Unidos y los argumentos de sustitución de la voluntad que se han

dado para retirar cuidados mínimos como alimentación e hidratación.¹³

4. La dignidad como coartada contra la dignidad

¿Cuál es la coartada de este proceso en el que el sujeto a través supuestamente de la voluntad anticipada es agente del Estado en la eliminación de los límites deontológicos?

Creo que el gran escritor francés Leon Bloy definió esta máscara provocada por el temor al sufrimiento que se usa sobre el propio sujeto. En su exégesis de los lugares comunes y al comentar el «Ha muerto sin darse cuenta» afirma que: «Pues bien, el burgués no tiene bastante todavía con no sufrir después de la muerte. También pretende no sufrir durante. Si le fuera dado tener estilo, de buena gana haría como aquella dama del siglo dieciocho que se emborrachó para morir. Ignoro hasta qué punto aquella borrachera fue un consuelo y como pudo combinarse con la terrorífica algarabía del Infierno. Pero el truco siempre se puede intentar».¹⁴

Si aceptamos la afirmación de que los ideólogos del actual Estado más que buscar súbditos lo que pretenden es encontrar cómplices, entenderemos bastante de lo que acontece con la variedad de normas en torno a lo que ellos llaman

13 A este respecto véase Serrano, J. M. «La alimentación artificial de personas en situación de fuerte dependencia. Nota sobre un debate jurídico estadounidense. *Boletín Mexicano de Derecho Comparado*, Nueva serie, Año XLIV, N 130, Enero-Abril, 2011, p. 237-282.

14 Bloy L. *Exégesis de los lugares comunes*, El Acantilado, Barcelona, 2007 p. 98.

muerte digna. Estas normas han aparecido en Andalucía, Navarra y Aragón y ahora está en fase de tramitación en la legislación nacional.

Aún abandonándose el rótulo de «muerte digna» que tantas suspicacias despierta, con razón, entre nuestros ciudadanos más vulnerables, los progresistas han venido con varias constantes que muestran que las actuales legislaciones son un primer paso en una pendiente que conduce al homicidio intencional con coartada humanitaria.

En esta línea el término dignidad se utiliza contra el verdadero sentido de dignidad al menos tal como es entendida por autores como Spaemann: cuando Kant dice que el hombre no tiene valor sino la dignidad, la palabra dignidad significa lo inconmensurable, lo sublime, lo que hay que respetar incondicionalmente.¹⁵

Esta idea es recogida en la legislación alemana de forma que cuando el Tribunal Constitucional Federal manifiesta que a toda vida humana le corresponde una dignidad no es relevante si el portador es consciente de esa dignidad ni si él mismo sabe o no velar por ella.¹⁶

La eutanasia ha sido rebautizada como muerte digna. La razón parece ser la vinculación de su auge con la ideología totalitaria nazi, tal como ocurre también con la eugenesia. No puede sorprender que ambas hayan estado en idéntica

situación de crisis y tengan una recuperación similar previa indudablemente en la eutanasia. Es cierto, como indica un autor tan libre de sospecha como L. Strauss que la argumentación *ad hitlerum* es tan pobre como la reducción al absurdo de una determinada postura¹⁷. Esto significa que aun cuando el régimen del Tercer Reich es odioso eso no implica que se pueda atacar, por ejemplo, la construcción de autopistas, la extensión de las pistas deportivas o incluso la música de Wagner por razón de que se practicaron o extendieron durante el régimen nazi. Me atrevería a más, la calidad de Céline o de Jünger no se ve afectada, desde mi punto de vista, por la condición de colaboracionista de uno, la de gerente de agitación cultural nazi en París. No pretendo, en consecuencia, recurrir a ese truco. Más bien me interesa, como ocurre con la eugenesia, apreciar si las diferencias entre los efectos reales de la eutanasia liberal (que sería la holandesa de los noventa) y la totalitaria (la alemana de los treinta) son tan relevantes como para no tener en cuenta los efectos observables en aquel antecedente histórico, como suele hacerse en toda discusión realmente jurídica. Esta última debe evitar el recurso de arrojarle principios, unos con la autonomía, otros con la dignidad, unos con la posición

15 Spaemann, R. *Felicidad y benevolencia*, Rialp, Madrid, 1994, pag 150.

16 Spaemann, R. No podemos abandonar el tabu de la eutanasia en *Límites. Acerca de la dimensión ética del actuar*. Ediciones Internacionales Universitarias, Madrid, 2003, p 396.

17 Como indica refiriéndose a la conexión innegable entre el que consideraba el mayor filósofo del siglo XX y el nazismo: «Cuanto más entiendo a qué apunta Heidegger, más advierto cuanto se me escapa todavía. Lo más estúpido que podría hacer sería cerrar los ojos o rechazar su obra», Strauss, L. «Una introducción al existencialismo de Heidegger, en *El renacimiento del racionalismo político clásico*, Amorrotu, Buenos Aires 2007, 85.

sedicente laicista, otros con la argumentación pretendidamente religiosa.

Es notorio, por supuesto, que las diferencias entre un régimen totalitario y cualquier otro afectan a cualquier realidad que consideremos, desde la propaganda a la educación, pero también es cierto que los regímenes democráticos pueden deslizarse hacia unos efectos semitotalitarios a poco que no estemos atentos.

Quienes pretenden diferenciar radicalmente la eutanasia liberal de la totalitaria se basan en dos elementos relevantes y a su juicio decisivos. Uno es la motivación del acto, otro la inserción de uno en una política de Estado totalitaria, mientras que la eutanasia liberal sería absolutamente individual.

En cuanto a la primera motivación, la ideológica, conviene precisar que las diferencias, aun siendo importantes, no afectan al nudo de la cuestión, pues tanto en el caso de la eutanasia como en el de la eugenesia, la preocupación principal hace referencia al concepto de vidas carentes de valor vital, lo que indudablemente se expresa con claridad y crudeza en el caso del totalitarismo, mientras se oculta más en el caso de la eutanasia y eugenesia liberales.¹⁸ A este respecto sería conveniente hacer otras matizaciones. Así, aún cuando el libro de K. Binding y A. Hoche,

que se considera la pieza clave de la argumentación eutanásica del pasado, fuera extraordinariamente crudo, no es un libro nazi, por mucho que con posterioridad Hoche se integrase en el partido nacional socialista obrero alemán¹⁹. Además, la argumentación pro eutanásica nazi de carácter exotérico, es decir, la que se manifestaba en los órganos de propaganda hacia el exterior, era claramente humanitarista y no muy diferente de la que estamos viendo en la actualidad, tal como recoge I. Kershaw en su biografía de Hitler²⁰.

En cuanto a la actuación estatal es indudable que el grado de movilización totalitaria es enorme y la aplicación de sus principios brutal, pero me atrevo a aventurar que entre la acción coordinada del partido y el supuesto universo de decisiones absolutamente libres existiría un tercer género en el que la política de Estado, denominada sanitaria, y la presión social permiten albergar dudas sobre la supuesta autonomía del acto de autorización a matar.

Las dudas se aclararían con tres argumentos ya esbozados en la discusión de los últimos años. Uno es el de la pendiente deslizante, lógica formulada por Keown, otro es el de la moralización de la conducta que se ve completado por el del resentimiento que expresó en su momento M. Scheler²¹, el tercero es

18 Describiendo el aborto, Ann Farmer ha descrito con acierto la influencia eugenésica oculta en el proceso de legalización y las concomitancias históricas entre eugenistas «liberales» y el eugenismo totalitario. Véase Farmer, A. *By their fruits. Eugenics, population control and the abortion campaign*, The Catholic University of America Press, Washington 2008, 111ss.

19 Binding, K. Hoche, A. *Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens*, verlag von Fielen meiner in Leipzig, 2 ed, 1922.

20 Kershaw, I. *Hitler, 1936-1945*, t II, Península, Barcelona 2000, 264.

21 Scheler, M. *El resentimiento en la moral*, Caparrós editores, Madrid 1993.

el de la efectiva presión social en el acto pretendidamente autónomo.

5. El derecho a la sedación como instrumento de la política de Estado al final de la vida

Así se abandona la vigilancia técnica sobre la sedación. Lo relevante no es ahora si es contraindicada o excesiva, ya la fiscalía primero y los tribunales después a través del método de la prueba imposible habían convertido estas conductas de facto en impunes, lo relevante será si es reclamada como un derecho por un paciente y la discusión no será indicación o no sino concesión del derecho o negación del mismo. Así se entiende la aversión a la objeción de conciencia que parece como una negación, como en el caso del aborto, a un legítimo deseo individual.

De hecho el artículo 11.1 del Proyecto que venimos citando (Artículo 11. Derecho al tratamiento del dolor) dice textualmente que: «Todas las personas que se encuentren en el proceso final de su vida tienen derecho a recibir la atención idónea integral que prevenga y alivie el dolor y sus manifestaciones, lo que incluye, además del tratamiento analgésico específico, la sedación. «

La falsedad de este derecho se prueba en su conveniencia. Se reivindica retóricamente la autonomía de sujetos que apenas pueden ejercerla para imponer una polí-

tica de estado que sustituye la atención piadosa por la abstención piadosa, por decirlo suavemente.

Ya la primitiva redacción de la norma andaluza avisaba que determinadas acciones o abstenciones no eran ya objeto de análisis deontológico sino que se insertaban o no en una nueva ideología de la falta de atención sanitaria.

El medio consiste en desviar la atención de los verdaderos riesgos y en invertir la moralidad. En sentido estricto, el riesgo de la vida desfalleciente es la falta de cuidado y su eliminación, la conducta moral es precisamente la atención. Por el contrario, parece que ahora el Estado sostiene que el riesgo es que unos médicos sádicos inviertan demasiados recursos en hacer sufrir a un paciente (estos médicos siempre tan dilapidadores) y la conducta moral es la de quien se libra, con todas las bendiciones legales, de la presencia de quién inevitablemente es un fardo. Basta ver las moralizaciones que se realizan en el nivel internacional de las conductas de homicidas por compasión, mientras se oculta el rostro de quienes durante años atienden, cuidan y mantienen a algún ser querido o a quien ha sido puesto bajo su tutela y cuidado. Por eso no es exagerado que la Fundación Ángel Herrera haya denominado «Asaltos a la vida humana» a sus jornadas sobre eugenesia y eutanasia que han tenido lugar en Valencia.

Recibido: 17.10.2011

Aceptado: 26.12.2011

EL RESCATE DE LO HUMANO EN EL ENFERMO QUE SE MUERE

THE RESCUE OF THE HUMAN IN THE PATIENT WHO DIES

Emilio García Sánchez

Universidad CEU Cardenal Herrera-Valencia (España)

emilio.garcia@uch.ceu.es

Resumen

En este artículo expongo una propuesta de recuperación del contenido esencial del concepto naturaleza humana a través de la cuidadosa atención ética que ha de recibir un enfermo incurable en la última fase de su vida. Propongo la medicina paliativa como vía para rescatar lo humano presente en la vida de enfermos moribundos a los que les pertenece en plenitud la naturaleza y la dignidad humanas. Planteo el objetivo de recuperar el *ethos* médico originario mediante el ejercicio de las virtudes a través de las cuales el personal biosanitario pueda capacitarse para reconocer que los débiles, los enfermos miserables, los desahuciados son importantes, son dignos para la medicina, sirven para la ciencia: son humanos y por tanto absolutamente válidos.

Palabras clave: cuidados paliativos, enfermedad terminal, vulnerabilidad, naturaleza y dignidad humana.

Abstract

In this article I discuss briefly a proposal for the recovery of the essential content of the concept of human nature through the careful attention to ethics which must be received by a terminal ill person in the last phase of life. I propose palliative medicine as a way to rescue the human mind in the life of dying patients to whom the fullness of nature and human dignity belongs. It's about recovering the original medical *ethos* through the exercise of the virtues through which staff can be trained to recognize the weak, the sick, miserable, the dispossessed are important, are worthy of medicine, used for science: are human and quite valid.

Key words: nature human, dignity, palliative care, terminally patients.

1. Introducción

Desde hace tiempo en las ciencias biomédicas y particularmente en la bioética se constata la existencia de una fuerte ambigüedad en los conceptos naturaleza y dignidad humana. Tal distorsión conceptual representa una consecuencia final de un largo y antiguo proceso de crisis acerca de lo que se entiende por naturaleza humana y por su dimensión o cualidad inherente a ella: la dignidad. La pulverización crítica de estos conceptos —inseparables entre sí—, está generando graves dificultades en la resolución de conflictos éticos que actualmente plantean las ciencias biomédicas, las biotecnologías y las legislaciones sobre la vida humana. Por tanto se hace del todo necesario la búsqueda de vías correctoras que permitan la recuperación «filosófica» del contenido esencial del concepto *naturaleza* y de este modo poder desarrollar una correcta y afinada fundamentación bioética¹. Como fruto de esa recuperación se podría llegar más concretamente en la práctica biosanitaria a la desaparición o al menos a una importante disminución de la ambigüedad en el respeto incondicional que merece la vida humana en cualquiera de sus fases. Sugiero una posible vía de rescate de esos dos conceptos a través de la inspiradora oferta antropológica que subyace en los cuidados paliativos dis-

pensados a los enfermos en fase terminal. Mi propuesta empieza con una pregunta: ¿Está ayudando esta nueva área de la medicina paliativa a reconocer por parte de los sanitarios que el enfermo moribundo no es un fragmento de naturaleza humana sino un ser humano pleno y total?

2. El enfermo en fase terminal ante sí mismo como ser humano

El ejercicio antropológico de introducirse en la situación personal por la que atraviesa un enfermo en fase terminal arroja luz sobre la percepción que él mismo tiene sobre su naturaleza y dignidad como ser humano. Resulta ilustrativo conocer los detalles del reconocimiento que este tipo de enfermos tienen de sí mismos cuando están expuestos a grados extremos de fragilidad y dependencia. Y la correcta y completa comprensión de esa situación existencial puede permitir —a través de los cuidados paliativos— afrontar con éxito la recuperación en el enfermo —y en los que le atienden— de la visión correcta de su naturaleza y dignidad humanas, las cuales llegan a cuestionarse e incluso a negarse en esas críticas circunstancias.

Para la finalidad propuesta no interesa tanto especificar los deterioros de los procesos fisiológicos de la enfermedad en su fase final ni ahondar en la descripción de los trastornos moleculares y celulares que están teniendo lugar en ese estado de decrepitud biológica. Resultan más útiles los datos extraídos de una detenida reflexión antropológica y fenomenológica elaborada desde la contemplación de en-

1 Cf. Spaemann, R., *Lo natural y lo racional*. RIALP, Madrid, 1989. Cf. González, A.M., *En busca de la naturaleza perdida. Estudios de bioética fundamental*. EUNSA, Pamplona 2000. Cf. González, A.M., *Naturaleza y dignidad. Un estudio desde Robert Spaemann*. EUNSA, Pamplona 1996.

fermos a los que se les ha diagnosticado una enfermedad incurable e irreversible. Es un estudio pormenorizado de las reacciones humanas que se dan desde el inicio de la notificación de ese pronóstico fulminante que acaba con la muerte. Tales resultados ayudan a entender por qué en algunos casos se solicita la muerte cómo decisión ulterior de un proceso de pérdida de dignidad, consecuencia del rechazo de la naturaleza humana. Evidentemente no es posible ni conviene obviar la dimensión biológica y física de este proceso de degradación de la salud. Pero en esta reflexión se opta por la elevación a un plano superior multidimensional que permita alcanzar una percepción holística del enfermo. Es decir, interesan todas las dimensiones o facetas humanas —no solo las físicas— si no también las psíquicas, religiosas, espirituales, culturales².

En esta delineación ético-antropológica que voy a llevar a cabo parto de una verdad o principio ético que necesariamente da sentido, alumbrando toda la argumentación siguiente. Consiste ese principio en reconocer que de frente a un enfermo «moribundo» nunca estamos ante un problema técnico múltiple, visión que incluso podría llegar a tener el mismo paciente, y que dificultaría captar a fondo qué le sucede. En esa complicada situación en la que al enfermo le está fallando todo, es imprescindible afirmar

—para hacer una ética valoración— que nos encontramos ante a un ser humano insustituible y único, con una vida e historia personales, con una intimidad y que padece un apuro mayúsculo: *se está muriendo y lo sabe*. Personalmente es consciente de que sus órganos vitales por separado le fallan, causándole un gran dolor físico y psíquico. Pero percibe con una mayor consciencia si cabe que su vida entera, su naturaleza, él mismo, está a punto de desaparecer.

Este marco constituye el *principio de humanidad* que ha de estar constantemente presente y que debe prevalecer en toda atención terminal.³ Por tanto, la consecuencia de esta máxima de dignidad es que preocupa *todo el enfermo*, no alguna de sus partes enfermas, sino todo él, la totalidad de su vida. Asumiendo dicha actitud se logra que el enfermo esté cómodo en todo su ser, en cada una de esas dimensiones nombradas⁴. El propio enfermo reclama que se le considere también así, en su totalidad y no en su parcialidad funcional deteriorada. En este sentido se comparte y se sigue la visión de los cuidados paliativos de la doctora Cicely Saunders, fundadora del movimiento *hospice* y unas de las pioneras mundiales de la medicina paliativa⁵.

3 Cf. Roy, D – Rapin, Ch.H., *A propos de l'euthanasie*. Eur J Pall Care 1 (1994), pp. 184-188.

4 García Baquero, M.T., «Atender a un ser humano al final de la vida es un privilegio», entrevista en la revista Mundo Cristiano, abril 2011, p. 53.

5 Cf. Saunders, C., *Some Challenges that Face us*. Palliat Med. 1993, 7, pp. 77-83; Cf. Saunders, C., Baines, M., *Living with Dying: A Guide to Palliative Care*. Oxford: Oxford Medical Publications 1983, 64. Cf. Du Boulay, S., Rankin, M., Saunders C., *The Founder of the Modern Hospice Movement*. London:

2 Cf. Schaerer, R., *Acompañar al moribundo: una responsabilidad a compartir*, en Junto al enfermo incurable y al que muere: orientaciones ética y operativas (actas de la XIV Asamblea General de la Pontificia Academia Para la Vida). BAC, Madrid 2009, p. 230.

2.1. «Soy vulnerable, frágil: dependiente»

Es una de las primeras percepciones que el enfermo constatará en este proceso de crisis médica, antropológica, psicológica etc., que acompaña la fase final de una enfermedad mortal. Puede suceder que el reconocimiento de esta cualidad intrínsecamente humana —la vulnerabilidad— ya estuviera asumida con anterioridad e incluso en ausencia de enfermedad. Pero es ahora donde ese rasgo de la condición humana se le desvela con toda radicalidad en su propia naturaleza. La descubre o redescubre sin posibilidad de ocultarla a no ser que se halle en un estado grave de inconsciencia.

El enfermo en fase terminal se encuentra turbado como jamás lo ha estado. Rodeado de su propia miseria existencial es conducido a un reencuentro personal con lo humano que aceptará, rechazará o discutirá. Inevitablemente desnuda ante sí mismo y ante los demás su verdadera naturaleza, permitiendo frente a esa visible desnudez reflexionar acerca de quién es el hombre, de quién es él mismo, su identidad e inseparablemente de cuál es su fin. La mirada contemplativa de su vulnerabilidad exhibida en ese escenario final actualiza la comprensión de lo

Society for Promotion Christian Knowledge, 2007. Cf. Du Boulay, S., *Cicely Saunders*. Palabra 2011. Cf. Zylicz, Z., *Cuidados paliativos, hospicios y atención domiciliaria*, en Junto al enfermo incurable y al que muere: orientaciones éticas y operativas (actas de la XIV Asamblea General de la Pontificia Academia Para la Vida). BAC, Madrid 2009, p. 250. Cf. Centeno Cortés, C., - Muñoz Sánchez D., *Cuidados paliativos, respuesta bioética de la medicina a la situación terminal*. en Tomás y Garrido, G., *La bioética: un compromiso existencia y específico*, p. 190.

verdaderamente humano, del rostro más descarado de su humanidad: *soy vulnerable, frágil, enfermo...soy así*. Trae al presente —desvelándose con más fuerza— lo que ya estaba impreso en el origen de su naturaleza animal: que es una debilidad encarnada y mortal, es decir humana. Intenta aceptar esta percepción quizás eclipsada temporalmente por la existencia de una vida llena de vigor y de actividad físico mental.

Los estados terminales e iniciales del ser humano se juntan en esta propiedad humana de la vulnerabilidad. De hecho este tipo de enfermos adultos en fases finales suelen sentir una desnudez «infantil» porque ahora los otros se lo han de hacer todo. El reencuentro con esa inocencia natural alteradora de su autonomía les va a recordar que nunca han dejado de ser «hombres niños» o «mujeres niñas», en definitiva *animales racionales y dependientes*⁶.

2.2. Mirar hacia atrás: ¿quién he sido?

La vida se le está yendo de las manos y el enfermo reacciona elaborando un *flashback* re-constructivo de su vida pasada para saber quién ha sido hasta ahora. Emprende un viaje en el tiempo retrocediendo hasta su origen, un itinerario de reconocimiento de su propio ser en donde se expone la verdad de su biografía que está cerrando su último capítulo. Se trata

6 MacIntyre, A., *Animales racionales y dependientes. Por qué los seres humanos necesitamos las virtudes*. Editorial Paidós. p. 15. Cf. Marcos, A., *Dependientes y racionales: la familia humana en este mismo n.º de Cuadernos de Bioética*.

de un proceso de revisión naturalmente humano, un *making-off* del guión vivido, de la puesta en escena de sus actuaciones históricas personales.

Sin duda para algunos esta operación puede resultar una experiencia ardua pero es a la vez purificativa, catárquica, propia de la condición humana. Y es purificativa y catárquica porque en esos momentos se puede reconocer por primera vez y con honradez actuaciones pasadas desacertadas, errores cometidos con un mismo y con los demás que ahora son reevaluados. Si pueden elaborar ordenadamente tal autorreflexión es debido a que son sujetos pacientes de un sufrimiento desconcertante que les está empujando inexorablemente a la muerte. De algún modo el sufrimiento es el estado condicionante que motiva y posibilita el acceso a todo ese itinerario personalísimo de encuentro consigo mismo y con su naturaleza de hombre. Pero no es una declaración de elogio al sufrimiento sino más bien una oferta en el modo en el que éste puede ser asumido. Aunque sea cierto que tales análisis retrospectivos pueden elaborarse fuera de estos extremos, el sufrir facilita tanto la reformulación de los grandes interrogantes de la vida así como sus respuestas: *se quién soy y quién he sido cuando sufro*. Al mismo tiempo hay que matizar esta visión purificativa porque no hay que olvidar que el sufrimiento puede alcanzar tal intensidad que impida al enfermo realizar ningún tipo de consideración sobre sí mismo, sobre su existencia y mucho menos sobre decisiones terapéuticas.

Todo este proceso de revisión que ha sido activado requiere *tiempo y espacio, tiempo y espacio para ajustar sus cuentas con su vida*⁷ vivida. Además necesitan contarla, transmitirlo a alguien cercano e íntimo porque el hombre es un ser dialógico-relacional por naturaleza. De todas formas aunque el enfermo reclame una afectuosa compañía y un coloquio íntimo con los otros, simultáneamente no menos decisivos y respetados han de ser los espacios y tiempos dedicados en solitario a elaborar sus propios y profundos monólogos. El moribundo siempre reivindica una cierta privacidad, una dosis de soledad interior para poder mirar hacia atrás el solo porque su vida es suya y se trata de su muerte. Por eso algunos de ellos protestan diciendo: *yo soy el que me muero no vosotros, soy el propietario de mi muerte y nadie me la puede arrebat*⁸. En este sentido hay que advertir críticamente la existencia de la sobreatención extrema sobre el enfermo que podría llegar a ser particularmente molesta en este momento, convirtiéndose en una variante de encarnizamiento terapéutico de índole psicológica. Por el contrario en el extremo opuesto no son raros los casos perjudiciales de desatención o de abandono del enfermo quedando incomunicado y aislado durante largos periodos de tiempo.

7 Saunders, C., «Some Challenges that Face us». *Palliat Med.* 1993, 7, pp. 77-83.

8 Cf. Yespes Stork, R., -Aranguren, J., *Fundamentos de antropología. Un ideal de la excelencia humana*. 6ª Ed. Euns, agosto 2003, pp. 344-345.

2.3. «Ya no controlo mi vida: ¡me controlan!»

Revisada su vida pasada aumenta progresivamente el miedo a desaparecer porque las terapias agresivas y los tratamientos se vuelven cada vez más inútiles. Se acelera la decrepitud de su estado físico medible en dolencias cada vez más intensas. La sucesión de estos factores encadenados puede desembocar en una angustia descontrolada, en una depresión vital que necesita urgentemente ser tratada porque de lo contrario podría conducir a un deseo estresante de morir, y a la consiguiente posibilidad de petición del suicidio o la eutanasia⁹. Se va incoando con una fuerza creciente el desenfoque de su dignidad como humano y entra en una fase de mayor nivel crítico. A esos factores se añade un elemento decisivo: la inevitable pérdida de la independencia del entorno y de los otros. El *ya no controlo mi vida, me controlan* lo considera como un estado alcanzado incompatible con la dignidad, sobre todo cuando se siente especialmente una carga para los demás, y piensa que les hace sufrir porque le tienen que hacer todo: curar, lavar, llevar al baño, cambiar. Estos específicos cuidados constituyen un certificado de pérdida de autonomía y por esta razón se consideran como uno de los *elementos de predicción más fuerte de pérdida de dignidad en el paciente terminal*¹⁰.

9 Cf. Janssens, R.J., Ten Have, H.A., Zylicz, Z., «Hospice and Euthanasia in The Netherlands: An Ethical Point of View». *Journal Medicine Ethics* 1999, 25, pp. 408-412.

10 Chochinov, H.M., Hack, T., Hassard, T. *Dignity in the Terminally ill: A Cross-sectional, Cohort Study*. *Lancet* 2002, 360, pp. 2026-2030.

2.4. «No soy humano: no soy digno»

El momento crítico descrito explota en algunos enfermos —posiblemente en un entorno familiar y social desfavorable— cuando caen en una fase acelerada de deformación de su imagen como humano. Se llega a no contemplarse más como un ser de esas características, y se autoregistra como huérfano de dignidad, alguien inválido para la vida y el mundo. Es entonces cuando el propio enfermo puede llegar al extremo de pedir expresamente la muerte. Sin duda este paso constituye el asalto más peligroso e inhumano a su dignidad porque supone entrar en la visión más degradante y humillante de su propia vida. Piensa que ya no queda nada salvable ni recuperable de ella, no le queda nada por hacer: sin función ni misión en el mundo. Algunos hablan de la aparición «psíquica» de un *dolor social*¹¹ derivado de la pérdida completa de roles sociales que antes desempeñaba. Expresará que ha finalizado la búsqueda de la dignidad de su naturaleza, ya *sin honor y estima*¹², contemplándose a sí mismo más como un cadáver mantenido o un objeto de cuidado¹³ que como un ser humano. Se ha ido mal juzgando a sí mismo cualitativamente hasta el autodesprecio estético, reduciéndose a un problema

11 Gómez, J., *Intentaré que la muerte me encuentre bien vivo*. Entrevista en el diario *La Vanguardia*, en la sección La contra. Sábado 10 de abril de 2010.

12 Cf. Chochinov, H.M; Hack, T; Hassard, T., op.cit, pp. 2026-2030.

13 Cf. Zylicz, Z., *Cuidados paliativos, hospicios y atención domiciliaria*, en Junto al enfermo incurable y al que muere: orientaciones ética y operativas... op.cit p. 250.

técnico que desesperadamente exige a la alta tecnología una curación irracional y milagrosa¹⁴ que ya no es posible. Sin escapatorias a su sufrimiento asciende a una atmósfera anaeróbica en la que queda suspendido sin saber si aún le queda algo humano donde agarrarse. Es la prueba de fuego para el propio enfermo y su familia, la prueba de fuego para el médico, la enfermera: es el momento más difícil de su vida al que se enfrenta el enfermo.¹⁵ Es una provocación, propiamente la provocación que esgrimirá la mentalidad pro-eutanásica¹⁶ como respeto a la autonomía absoluta del paciente: *respetar lo que está deseando, transformando ese deseo en un derecho humano irrenunciable*. Llegados a esta crisis el enfermo moribundo puede plantear morir pero ya no dignamente como un hombre porque se ha autoexcluido de esa naturaleza. En el peor de los casos acaba rindiéndose como humano poniéndose a merced de otros hombres – médicos, familiares- que terminarán por arrebatarle su vida, y con ella su dignidad humana.

2.5. Necesito ayuda y una explicación

Aunque el reclamo de ayuda por parte del enfermo está presente desde las fases iniciales es ahora cuando va a solicitarla de un modo *desesperado*. El nivel de sufrimiento físico y psíquico se han vuelto tan intensos que la situación es inso-

portable, además los síntomas se hecho refractarios a cualquier tratamiento terapéutico. Necesita una atención afectiva y pide un socorro con la misma intensidad con que lo gritaba cuando era un bebé endeble aunque ahora sus gritos sean palabras entrecortadas o jadeos sonoros casi imperceptibles. En esta situación, el aislamiento del enfermo sufriente es particularmente perjudicial¹⁷. Además la afectividad en este tipo de enfermos críticos tiende a estar particularmente desenfocada, desorientada, padeciendo una susceptibilidad a flor de piel que deforma la realidad.

En esta fase dolorosa el enfermo con urgencia está necesitado de una explicación totalizante, una aclaración de por qué sufre así, y de si ese dolor tiene que ver realmente con él o por el contrario es algo extraño y ajeno a su naturaleza. Para asimilar lo que le sucede requiere romper el silencio – gritar, protestar...¹⁸ –, huir de esa soledad sin sentido que ahora le ahoga, y que puede llegar a constituir el dolor más punzante y desesperante. Necesita hablar libre y espontáneamente, expresar sus sentimientos¹⁹, conocer la verdad sencilla de lo que le está sucediendo, acciones posibles en un contexto de diálogo entre dos humanos: paciente y médico, enfermo y familia. En este preciso momento reclama médicos expertos en

14 *Ibíd.*, p. 256.

15 Cf. Herranz, G., *Eutanasia y dignidad del morir*, en *Vivir y Morir con dignidad*, EUNSA, enero 2002, p. 180.

16 Cf. *Ibíd.*, p. 184.

17 García Baquero, M.T., *op.cit.*, p. 52.

18 Gómez, J., «Intentaré que la muerte me encuentre bien vivo». Entrevista en el diario *La Vanguardia*, en la sección *La contra*. Sábado 10 de abril de 2010.

19 Cf. Saunders, C; Baines, M., *Living with Dying: A Guide to Palliative Care*, Oxford: Oxford Medical Publications 1983, p. 64.

humanidad²⁰ y no peritos sintomatólogos; reclama comprensión porque ahora ya solo alcanza a entender un lenguaje humano sencillo que es el que le permitiría reenfocar correctamente la realidad de su enfermedad y la inminencia de su muerte.

Va a preguntar callada o abiertamente si existe la oferta de otra elección viable que no sea la muerte, otra alternativa en el menú de esa fase final de la enfermedad. En definitiva suplica si es posible la desaparición o al menos el alivio y la disminución de su sufrimiento para llegar a un equilibrio con la vida. En esta situación agónica no se descarta que, como única vía de mitigar el dolor, el paciente o en su defecto su familia si sus competencias de autonomía están ya demasiado alteradas quieran aceptar la pérdida de cierta capacidad de comunicación y consciencia como consecuencia de la administración de una sedación controlada.

Finalmente pueden encontrarse casos de pacientes que en esos momentos prefieran sencillamente *no saber* o que soliciten acceder a una información parcial porque así lo deseen. Si fuera así su decisión habría que respetar su libertad de ejercer este aspecto de la confidencialidad como un derecho humano, el derecho a recibir solo la información que se quiera recibir. De todas formas está ampliamente aceptado que lo respetuoso y lo que conforma además un deber ético es comunicar al paciente y a sus familiares que la muerte está próxima porque el estado de la enfermedad es terminal²¹.

3. Los cuidados paliativos: el rescate de lo humano en la medicina

La medicina paliativa a través de unos especializados cuidados en la atención de enfermos incurables está removiendo interesantes consideraciones ético-antropológicas acerca de la vida humana que habían sido recludas al pasado o a la subjetividad personal. De nuevo es oportuno recordar que el interés que suscita esta área médica no se centra directamente en la parte *médicotécnica* del especialista en paliación del dolor. Sin olvidar esa insustituible función, el aspecto más relevante es el que se deriva de las raíces antropológicas vinculadas a ese modo de hacer medicina. De esta especialidad está aflorando una fundamentación bioética que está promocionando la recuperación original del *ethos* médico en el mundo biosanitario²². Y se puede advertir con optimismo que esta recuperación ética no es otra cosa que la recuperación misma del contenido real de lo que es el ser humano: su naturaleza y su dignidad.

Son muchas las asociaciones médicas de Europa y América que de modo unánime están recomendando los cuidados paliativos como medida proporcionada a la dignidad del moribundo, como respuesta auténticamente humana ofrecida a los enfermos incurables en su fase terminal. En algunos estados donde está despenalizada la eutanasia —Oregón,

20 Cf. Schaerer, R., op.cit. p. 226.

21 Cf. Ibíd., p. 231.

22 Cf. Centeno Cortés, C., - Muñoz Sánchez D., *Cuidados paliativos, respuesta bioética de la medicina a la situación terminal*. en Tomás y Garrido, G., *La bioética: un compromiso existencia y específico*, pp. 179-180.

Países Bajos— el desarrollo en la red del sistema sanitario de unidades de cuidados paliativos suficientes y «de calidad» está provocando un descenso de las peticiones individuales de eutanasia o de suicidio asistido²³. Asimismo la extensión y profesionalización de los paliativos está reduciendo considerablemente los casos inéticos de encarnizamiento u obstinación terapéutica sobre los enfermos terminales. La eficacia de tales cuidados confirma con esperanza la suplantación de modos inhumanos de tratar la vida humana en su fase final. Las propias organizaciones médicas reclaman la iniciativa de que los cuidados paliativos se incorporen como una competencia básica más de todos los profesionales sanitarios con independencia de su especialidad.²⁴

Cuando el equipo médico de paliativos se propone cuidar vidas humanas que están muriéndose es consciente de que tiene por delante un reto incomparable con otras especialidades. Es una medicina —humana— que sobrepasa lo científico ya que su función es irreducible al control de síntomas y al alivio del dolor en general. Probablemente en ninguna otra especialidad la centralidad del paciente se muestra a los doctores y enfermeras más cargada de sentido y en

otros momentos más oscura²⁵. Oscuridad dada por la irremediable y cuantificable ausencia de beneficios o progresos en la salud de esos enfermos. Por tanto, si se puede hablar así, en la medicina paliativa la responsabilidad o fuerza moral asumida por el médico se hace mayor, dependiente de una exigencia personal y de un crecimiento *interior* que requiere de las virtudes²⁶. Este entrenamiento virtuoso en el personal biosanitario paliativo es determinante si se pretende alcanzar el rescate de lo humano de un ser enfermo en el que aparentemente está eclipsada su naturaleza humana. La carencia de estos hábitos o su debilitamiento puede hacer sucumbir al equipo médico que en este duro cometido ha de resistir inevitablemente una fuerte presión emocional derivada de esa dramática situación humana próxima a la muerte.

3.1. El primer cuidado: la admiración natural ante el enfermo

El enfermo cae física y emocionalmente en los brazos del equipo médico que se dispone de acuerdo con el *ethos* médico a tratarlo y a cuidarlo hasta el último momento. Les estalla en las manos un ser humano en declive que les persuade

23 Cf. Martínez-Selles, M., *La muerte. Reflexiones desde la Bioética*. Colegio Oficial de Médicos de Madrid. Octubre 2009, p. 38. Cf. Ganzini L, Nelson HD, Schmidt TA, Kraemer DF, Delorit MA, Lee MA., «Physicians' experiences with the Oregon Death with Dignity Act». *N Engl J Med* 2000; 342, pp. 557-63.

24 VV.AA, *Los médicos españoles dan sus propuestas sobre cuidados paliativos*. ACEPRENSA, 26 de enero de 2011, nº 6/11.

25 Herranz, G., *Intervenciones para mantener la vida y pacientes terminales: contenido de la medicina paliativa y la medicina de cuidados intensivos*. en Junto al enfermo incurable y al que muere: orientaciones ética y operativas...op.cit. p. 77.

26 Cf. Pellegrino, ED., *The Recovery of Virtue in the professional Ethics of Medicine*, en *Le radici Della Bioética*, Vol I, Elio Sgreccia & Gonzalo Miranda, (eds), Vita e Pensiero, Milano, 1998. Cf. Pellegrino, ED., - Thomasma, DC., *The Virtues in Medical Practice*, Oxford University Press, New York 1993.

—con su casi extinguida presencia— para que descubran ante sus ojos un rostro humano verdadero. Al mirarle no han de olvidar que sigue siendo realmente un ser humano vivo y no una cosa, un detritus o un fragmento de hombre. De partida esta es la única opción bioética razonable que puede barajarse en esta delicada situación ante la que se enfrenta el personal biomédico. ¿Cómo podríamos sino preservar, cuidar al hombre sin reconocerlo como tal, sin ver limpiamente una naturaleza humana destinada a un fin, si no existiera ésta?

Por tanto la primera actitud ética de todas las que ha de estar presente en el equipo médico es la de la admiración puramente existencial ante ese ser humano debilitado que reclama una protección, un cuidado respetuosos. Aunque terapéuticamente o técnicamente pueda parecer un movimiento sutil o imperceptible se trata sin duda de la medida paliativa más prioritaria de las que se ha de empezar aplicar al enfermo: *mirarle con admiración*. Mirar humanamente el rostro de un moribundo constituye no solo en el tiempo una acción previa a todas las demás, sino que todas las subsiguientes intervenciones deberían verse moduladas por esos encuentros visuales que exigen penetración y detenimiento y que reprochan la rutina y la superficialidad. Esta primera condición o característica paliativa es del todo clave para que no se pervierta desde el inicio el pleno reconocimiento de lo verdaderamente humano presente en esa vida paupérrima de un valor inapreciable. La mirada natural explícita sin error el primero de los datos: el enfermo

es un ser humano vivo²⁷, y este dato se actualiza en cada encuentro, en cada visita, convirtiéndose en una exigencia a la libertad humana para que actúe con dignidad sobre él: «*La cara del otro se presenta con toda la carga de una llamada a mi libertad, para que lo acoga y cuide de él, para que aprecie todo el valor que él encierra en sí mismo y no en la medida en que pueda acomodarse a mi propio interés*»²⁸.

Por tanto la desviación bioética en esta atención médica y que tarde o temprano conduce a un conflicto se inaugura en el momento en que se decide dejar de contemplar el rostro humano del enfermo. La mirada desviada se va tornando insensiblemente miope porque la óptica natural humana viene suplantada por otra artificial utilitarista fundada en la belleza estética, en la calidad de vida, en la autogestión racional y en la fuerza. Tales propiedades cualitativas no son excluyentes de la configuración de lo humano pero tampoco exclusivas ni mucho menos determinantes para hacer dudar de la naturaleza y de la dignidad del sujeto enfermo que está muriéndose²⁹. En definitiva, la persistencia como actitud de ese tipo de contemplación deformada e interesada acaba desarraigando al enfermo de su status natural humano. Y esta defunción de la identidad humana aboca como resultado final a la eutanasia, puntilla que anula la vida digna

27 Cf. González, A.M., *En busca de la naturaleza perdida. Estudios de bioética fundamental*. EUNSA, Pamplona 2000, p. 168.

28 Raztinger, J. *El cristiano en la crisis de Europa*. Ediciones cristiandad. Roma 2005. p. 62 (cf. cap. Derecho a la vida y Europa).

29 Cf. González, A.M., op.cit., pp. 154-155.

del moribundo. Y solo así con esa lógica invertida se entiende que este tipo de seres no sean humanos y sean mirados y tratados con la correspondiente inhumanidad es decir como seres *repugnantes*, una suerte de desechos de los que lo demás intentan desembarazarse.³⁰ Han de hacerse violencia para poder certificar que se trata de falsos humanos porque de lo contrario no podrían justificar éticamente su acción eliminativa.

En las antípodas de esta visión inicua y anti- natural se alza otra —natural— que extrae una indubitable verdad: la existencia real de naturaleza humana en el enfermo incurable. Esta verdad de orden físico y moral se aprehende con una mirada limpia y virtuosa sobre el enfermo. Provoca a la libertad humana para que esta decida salir de sí misma y dé espacio al otro en su estado de vulnerabilidad sin cerrarle la existencia. De esta manera la mirada ética se convierte en un erguido guardián que defiende inexpugnablemente la dignidad de lo humano enfermo y frágil protegiéndolo de ser reducido a simple cosa disponible para su eliminación³¹.

De todas formas el hombre mismo siempre será mucho más inabarcable de lo que la mirada humana pueda abarcarlo. Por tanto en la contemplación de cualquiera de sus rostros la sola mirada no será capaz de agotar lo humano, porque siempre será mucho más grande.

3.2. Espacio y tiempo para escuchar

La admiración inicial como primera medida «*paliativa*» requiere por parte del médico, de la enfermera etc., pararse ante el enfermo, y pararse quiere decir tiempo. Correr, ir con prisas en paliativos es perjudicial para el enfermo: *anti-paliativo*. El enfermo es muy sensible a las prisas del equipo médico que no se detiene lo suficiente, y lo puede interpretar recelosamente como un *no les intereso mucho o debe ser que les he decepcionado cuando me han visto como estoy*³². Si hay un tratamiento paliativo eficaz ese es el tiempo, el tiempo real de dedicación del médico a escuchar. Y en este caso el instrumento paliativo o terapéutico más valioso es la *silla*³³. El enfermo terminal no solo reclama del médico, de la enfermera una inmediata reducción de sus dolores físicos. Esto es insuficiente porque no es lo único que debe tratarse con rapidez. En estos momentos lo que los pacientes esperan de sus cuidadores es que estos admitan el hecho de que ellos también son seres humanos, y por eso exclaman: «*quiero que mi médico sea humano conmigo*», y esto no puede ser un *optional* deontológico³⁴. Se trata de una tarea objetiva que no debe hacerse depender de una fijada e inflexible disponibilidad de tiempo aunque obviamente siempre exista una limitación temporal de dedicación. En cualquier caso este tipo de pacientes pueden requerir en ocasiones que los médicos se salten los cálculos temporales

30 De Hennezel, M., *La morte intime*. Editorial Sudamericana. Buenos Aires. 1996, p. 52.

31 Cf. Raztinger, J. op.cit. p. 65.

32 Schmitt, Eric-Emmanuel, *Cartas a Dios*. Ediciones Destino, p. 6.

33 Cf. Schaerer, R., op.cit. p. 227.

34 Cf. Ibíd., pp. 226-227.

que marca el protocolo —si lo hubiera— de distribución de tiempo por enfermo. A veces la ligereza en la atención puede desvelar una falta clara de interés en el cuidado aunque algunos en su defensa esgriman el argumento del respeto a la intimidad del paciente como excusa para no entrometerse en su vida personal y no dedicarle más tiempo.

El enfermo de estas características solicita acompañamiento³⁵, pide que no se retire el cuidador y que se siente; le pide tiempo y silla pegada a la cama, y lo suplica como si se tratara de la medicina más eficaz para su sufrimiento actual. El equipo médico paliativo puede asumir con más profundidad y ser más consciente de la dignidad del enfermo si tiene tiempo para él, para mirarle, para permanecer a su lado en silencio, tiempo largo fundamentalmente para escucharle. Necesita desahogarse, expresar lo que piensa, manifestar sus últimos pensamientos y voluntades. Demanda apertura³⁶, crear espacios con tiempo para hablar sin ser interrumpido, sin que le corten las frases³⁷, demanda que se le oiga lo que piensa sobre la misma muerte.

La marcada necesidad afectiva de estos enfermos interpela al personal médico para que no trabajen solo con manos e instrumentos técnicos sino sobre todo a que pongan en funcionamiento el corazón y la mente. Han de aliviar y acompañar a

un ser humano igualmente con corazón y mente que en ese estado de miseria solo entiende el lenguaje humano cercano que da el hablar³⁸. Es muy reconfortante para el enfermo que pueda decir que al final de su vida ha encontrado personas que tenían tiempo para él, para escucharle: esto es compartir seriamente el dolor³⁹, auténtica compasión. Son actitudes médicas que constituyen uno de los núcleos de la medicina paliativa. Y de esta manera la actitud personal de escuchar, y de dar un apoyo emocional al paciente se convierte en el más ineludible de los compromisos para aquellos que decidan incorporarse a esta área médica, aunque por supuesto este tipo de compromiso sea extensible a cualquier área médica. Sin duda alguna la asunción de este exigente encargo requiere más de un aprendizaje, una formación y fortaleza humanas⁴⁰ que de sugestivas habilidades comunicativas o de brillantes conocimientos médicos, sin de ningún modo despreciar a estas cualidades.

3.3. Rescatarle su naturaleza y dignidad humanas

Aunque parezca abstracto y no pueda medirse bajo la racionalidad empírica de un protocolo, el equipo médico y la familia han de lograr con su atento cuidado devolver al enfermo la visión plena de su naturaleza, la seguridad sobre su humanidad ahora en crisis y desviori-

35 Deschamps, P., *La mort à l'hôpital*, Project 1975: 98, pp. 924-933.

36 Saunders, C – Baines, M., *Living with Dying: A Guide to Palliative Care*, Oxford: Oxford Medical Publications 1983, p. 64.

37 Cf. Schaerer, R., op.cit. p. 227.

38 Zylicz, Z., op.cit. p. 250; Saunders, C., *Some Challenges that Face us*, Palliat Med. 1993, 7: pp. 77-83.

39 Idem., op.cit. p. 250.

40 García Baquero, M.T., op.cit. p. 54; cf. Du Boulay, S., *Cicely Saunders*. Ed. Palabra 2011, p. 61.

zada. Rescatarle lo humano y agarrarse a ello significa ayudarle a que relativice su imagen estética porque vale mucho más que su físico deforme. Se ha de lograr que no tenga asco de sí mismo. Y precisa que se le diga y se le confirme que ese cuerpo ahora en un estado inhabitable y que se le escapa, inservible para la ciencia y para el mundo, no es lo que único que posee su naturaleza humana, no es ni siquiera lo más esencial en él, porque hay algo que trasciende su materia corporal y que sí que ocupa la parte central. Necesita sentirse humano, vivo, y se le ha de asegurar que aunque su cuerpo no le funcione, por dentro rebosa de vitalidad y sentido⁴¹.

Al enfermo moribundo se le ha de transmitir con palabras contundentes que debe oír y con gestos evidentes que debe sentir, que: *me importas tú por ser tú, sin juzgarte, me importas por ser quién eres, donde estés, como estés, como seas y me importas hasta el último momento*. Así es cómo lo dictaba la doctora Saunders⁴². Creerse esto cada miembro del equipo integrado y multidisciplinar, y asumir este *principio de humanidad* es algo valiente y arduo en medio de una cultura —también biosanitaria— predominantemente utilitarista e individualista. Resulta difícil adoptar esta actitud «bioética» sin el adiestramiento de las virtudes humanas y morales⁴³. Y

por este motivo de nuevo se apela a las virtudes personales para poder alcanzar dos fines primordiales para los que solo el hombre virtuoso está capacitado. El primero de ellos reconocer en su esencia la naturaleza humana presente en cualquier sujeto humano independientemente de sus cualidades fisicomentales; y el segundo consistente en llevar a cabo la acción humana más benevolente que existe: acudir en socorro de la vida humana necesitada. Estas consecuencias prácticas se derivan del hecho de que las virtudes conforman los hábitos capaces de reconocer en uno mismo y en cada ser humano una *naturaleza teleologizada*, y en la medida en que la contemplan así, *teleologizada*⁴⁴ se disponen mejor a ayudar a esa naturaleza a alcanzar sus fines intrínsecos que se resumen en llegar a la vida lograda: a la felicidad. El médico, la enfermera y el familiar virtuosos se comportan ante el enfermo del modo más natural de los que existen porque actúan según su naturaleza, es decir a favor y no contra ella, con un fin. Cuidan de esa vida humana porque se trata de la vida de un ser humano querido por sí mismo que está destinado a ser feliz. Por tanto no aceptan que la plena dignidad del enfermo proceda de una naturaleza considerada como pura exterioridad o mero fenómeno biológico temporal, porque entonces se justificarían todos los actos manipuladores y eliminativos sobre ella. Al contrario fundamentan la dignidad en una naturaleza finalizada

41 García Baquero, M.T., op.cit. p. 54.

42 Ibíd., op.cit. p. 54; cf. Du Boulay, S., *Cicely Saunders*. Ed. 2011.

43 Cf. Pellegrino, ED., *The Recovery of Virtue in the professional Ethics of Medicine*, en *Le radici Della Bioética*, Vol. I, Elio Sgreccia & Gonzalo Miranda, (eds), Vita e Pensiero, Milano, 1998. Cf. Pellegrino, ED., - Thomasma, DC., *The Virtues in Medical Practice*, Oxford University Press, New York 1993.

44 Cf. González, A.M., *En busca de la naturaleza perdida. Estudios de bioética fundamental*. EUNSA, Pamplona 2000, p. 46.

suprabiológica a la que está inherida intrínsecamente.⁴⁵

Es un reto humano que se convierte para el médico en una tarea apasionante porque han de convencer al enfermo para que acepte en toda su radicalidad —si aún no lo ha hecho él mismo— la dignidad de su vulnerabilidad. Despertarle en su conciencia el incalculable valor que también ahora tiene su vida humana enferma y frágil. Lograr devolverle la confianza en su propia dignidad y hacerle sentir que su vida merece un respeto máximo significa que ni lo van a discriminar y ni mucho menos a eliminar⁴⁶. Y precisamente se le ha de transmitir que es por esa misma dignidad que posee su naturaleza viva por lo que se le va ayudar a mejorar en lo posible sus cualidades, cuidando de ella hasta el final⁴⁷. Esta actitud virtuosa —humanitaria— puede permitir más fácilmente al enfermo darle sentido a su estado doliente, y a aceptar sus condiciones naturales. Solo por el hecho de existir, como individuo —único e irrepetible de la familia humana— bastaría ya para tratarle con dignidad y acudir en su ayuda; solo por quién es, —una naturaleza humana total no parcial— y no por su mejor o peor estado físico sería suficiente para ser respetado, cuidado incondicionalmente. De hecho, para los especialistas en paliativos, este tipo de especialidad no debería sorprender su novedad porque se trata de cuidados

tan antiguos como la Humanidad. Es innato al ser humano — forma parte de su naturaleza teleologizada— el respeto universal por el otro⁴⁸, hasta el punto que los hombres pre-históricos heridos serían cuidados naturalmente por su entorno⁴⁹. De todas formas, la misma historia humana pondrá de manifiesto muy pronto que esta inclinación natural puede pervertirse incluso hasta en la propia medicina, apareciendo médicos, enfermeras desvirtuados y provocadores de la eliminación de esos enfermos.

Finalmente este proceso aventurero de rescatar lo humano del enfermo que muere puede culminar más felizmente si al re-teleologizar su existencia (recordar su naturaleza olvidada que no perdida) se logra acompañarle a re-descubrir el sentido último de su vida humana que quizás ha podido desfigurarse con el paso del tiempo⁵⁰ y que posiblemente desee reconducir. Cuando esto se conquista, no pocos enfermos descubren al final de la vida —en medio del sufrimiento— la existencia de una tendencia natural a la Trascendencia, que constituye el fin intrínseco especial inherente a la naturaleza humana por el que ser humano puede fundamentar la superioridad de su dignidad sobre el resto de seres vivos.

45 Cf. *Ibíd.*, pp. 40, 42, 45 y 136.

46 Sulmassy, D.P., *Death and human dignity*, Linacre Quart, 1994, 61(4), 27-36.

47 Cf. González, A.M., *En busca de la naturaleza perdida* op.cit, pp. 155 y 166.

48 Aparisi, A., *Proyecto Genoma Humano e Ingeniería Genética: la perspectiva de la bioética*, en *Vivir y Morir con dignidad*, Euns, enero 2002, p. 86.

49 García Baquero, M.T., op.cit. p. 54; cf. Du Boulay, S., *Cicely Saunders*. Editorial Palabra 2011, p. 52.

50 Andorno, R., *Bioética y dignidad de la persona*. Tecnos, 1997, p. 164 y ss; Cf. Saunders, C., *Some Challenges that Face us*. Palliat Med. 1993, 7: p. 79.

Conclusión

Sin duda alguna lograr el rescate de lo humano de un moribundo es uno de los mayores logros que un médico y la propia medicina pueden alcanzar. Conseguir que el enfermo incurable viva con la máxima dignidad posible los últimos momentos de su vida es de una excelencia humana admirable porque es ayudar a vivir como ser humano al que va a morir, renunciando a provocar la muerte del que todavía vive. Y se trata de un logro completamente paradójico y desconcertante porque es asumir por parte de la ciencia médica que la enfermedad incurable y terminal tiene interés, tiene un interés superior que no se puede medir en beneficios objetivos de curación porque esta es ya inalcanzable, porque ya no hay lugar a la esperanza⁵¹. Es la gran nobleza de las profesiones relacionadas con la salud, el redescubrimiento de su vocación originaria: los débiles, los enfermos miserables, los desahuciados son importantes, son dignos para la medicina, sirven para la ciencia: son humanos absolutamente válidos.

La oferta bioética de los cuidados paliativos constituye sin duda una apuesta y una iniciativa específica que ayuda a cualificar la calidad moral de los profesionales de la medicina, y en definitiva también a la sociedad en la que conviven ese tipo de enfermos. Desde esta líneas se propone el relanzamiento y el desarrollo desde la medicina paliativa de una nueva cultura, una cultura de la vida humana que recupere el arrinconado escenario de las virtudes para aprender a convivir y acompañar al enfermo en su dolor. Solo así lograremos aliviarle su sufrimiento y facilitarle a la vez la humana tarea de ver en ese dolor una oportunidad para descubrir el sentido de su vida.

La recuperación del *ethos* médico a través de esta especialidad puede ayudar a reincorporar y a extender esta ética al resto de áreas médicosanitarias. Desde este ámbito específico de la medicina —trabajando en él— es más fácil aunar a otros muchos actores sociales en torno a un mismo concepto de naturaleza y dignidad humanas, y desde este trampolín alcanzar el respeto incondicional de la vida del hombre desde su origen hasta el final.

Recibido: 17.10.2011

Aceptado: 24.11.2011

51 Cf. Herranz, G., *Eutanasia y dignidad del morir*, en *Vivir y Morir con dignidad*, EUNSA, enero 2002, pp. 187-188.

ACTITUDES ANTE EL FINAL DE LA VIDA EN LOS PROFESIONALES DE LA SANIDAD

DIFFERENT ATTITUDES TOWARD THE END-OF-LIFE IN HEALTH CARE PROFESSIONALS

Álvaro Sanz Rubiales¹, María Luisa del Valle Rivero, Luis Alberto Flores Pérez,
Silvia Hernansanz de la Calle, Celia Gutiérrez Alonso,
Laura Gómez Heras, Consuelo García Recio
*Servicio de Oncología y Unidad de Cuidados Paliativos,
Hospital Clínico Universitario, Valladolid.*

Resumen

Las opciones que la Medicina se plantea ante la persona que se encuentra al final de la vida parten de cuatro grandes actitudes globales: abandono, lucha, finalización y acompañamiento. El abandono es la actitud del que se desentiende del paciente con pocas expectativas y de la que deriva su responsabilidad para que sean otros los que lo atiendan y lo cuiden. La lucha más que del «encarnizamiento» suele ser la presentación de la inercia, la obsesión o la obstinación terapéuticas, que son la actitud del que no sabe parar a tiempo o no consigue asumir que en ocasiones más tratamientos ya no se traducen en más beneficio clínico. La actitud de finalización entiende que el mejor modo de aliviar al paciente es darle una salida, ya que el sufrimiento sólo desaparecerá si el enfermo escapa de su situación, y el único modo de darle esa salida es facilitarle o provocarle el fallecimiento, generalmente en respuesta a su propia solicitud. Por último, el acompañamiento es la actitud del que no abandona sino que busca alternativas para paliar y emplea medios proporcionados a la situación y al pronóstico del paciente, algo que, de alguna manera, refleje los principios de la Medicina Paliativa.

Palabras clave: Final de la vida, eutanasia, Cuidados Paliativos.

1 Correspondencia: Álvaro Sanz Rubiales. Oncología Médica. Hospital Clínico Universitario. c/ Ramón y Cajal 3. 47005 Valladolid. fax:983257511. e-mail:asrubiales@hotmail.com

Abstract

There are different clinical options toward the patient in the end-of-life. However, all of them come from four global attitudes: abandon, struggle, conclusion, and to keep company. Abandon is the attitude of the physician who wants nothing to do with the patient with no expectations and in whom therapeutic options are scarce. Some times abandon translates in a derivation of the patient, its care, its compromise and its responsibility to another professional. Therapeutic struggle usually means the inertia, the obsession or the obstinacy of those who do not know how to stop therapies or are not able to understand that several times more treatment does not mean more clinical benefit. The ending or conclusion attitude assume that the best way to achieve palliation is giving an exit to the patient as his sufferance will disappear only if he can escape their situation, and the only way to give him this chance is to facilitate or even to induce his death, usually at his request. Finally, to keep company is the attitude of people that do not abandon, that look for different options to palliate a and that, if needed, use proportionate means to the patient's situation and prognosis, according to Palliative Care principia.

Key words: End-of-life, euthanasia, Palliative Care.

1. Introducción

Para comprender la actitud de las personas es preciso adentrarse en lo que son sus planteamientos más básicos: en las ideas madre y en los conceptos que laten detrás de su modo de ver la vida². Para hacerse una idea de cómo afrontan las cuestiones más trascendentales de la existencia propia y de la ajena hay que conocer y comprender su sustrato personal. Este tipo de cuestiones sobre los planteamientos vitales y las actitudes no se resuelven con números y estadísticas porque lo que está en juego no es tanto la cantidad como el concepto y el sentimiento que subyace bajo ese concepto³.

2 Malterud K. «The art and science of clinical knowledge: evidence beyond measures and numbers». *The Lancet* 358, (2001), 397-400.

«Puedo investigar las cosas materiales desde el punto de vista operativo (...). Pero no comprenderé a una persona tratándola de ese modo. Al contrario, sólo percibiré algo de ella si comienzo a situarme en el interior de su alma mediante una especie de simpatía»⁴. Para analizar los planteamientos interiores es necesario buscar esa sintonía, «simpatía», que permite ver el mundo a través de los ojos y la mentalidad de la otra persona. Y es preciso a su vez superar la barrera defensiva que se crea mediante una malla de argumentos (jus-

3 Rubiales AS, Flores LA, del Valle ML, Gómez L, Hernansanz S, Gutiérrez C. «Investigación cualitativa en Medicina Paliativa». *Medicina Paliativa* 11, (2004), 231-238.

4 Ratzinger J. *Dios y el mundo*, Círculo de lectores - Galaxia Gutenberg, Barcelona, 2005.

tificaciones) más o menos entretejidos. Y es que es detrás de esta barrera donde se encuentran los conceptos más profundos, los que subyacen a las actitudes. Estos conceptos pueden tener una raíz cultural, atávica, difícil de sondear, o ser tan solo un reflejo mimético del ambiente sociocultural en que se vive o una proyección del planteamiento de un grupo social o político⁵. Y es que, curiosamente, con frecuencia no son los argumentos los que llevan a las actitudes sino que es una actitud previa y estructurada lo que se está intentando justificar creando «a posteriori» un soporte argumental.

Algo así sucede en el ámbito sanitario cuando se pretende estudiar la actitud de los profesionales sobre el final de la vida, que es uno de los motivos serios de controversia de la Medicina actual. De hecho, no es difícil ver cómo los planteamientos cambian en función de variables geográficas, sociales y culturales, ya que en la valoración de este tipo de problemas se entrecruzan el sentido y el sentimiento, la razón y el razonamiento, lo personal y lo social, lo individual y lo colectivo.

Más allá de los nombres que se puedan dar a cada una de las líneas de actuación ante el final de la vida (eutanasia y suicidio asistido, encarnizamiento terapéutico, Cuidados Paliativos, etc.), lo que late en el fondo son cuatro grandes actitudes globales: abandono, lucha, finalización y acompañamiento (Tabla 1).

Tabla 1. Actitudes ante el final de la vida.

Abandono
Lucha
Finalización
Acompañamiento

Es cierto que en toda esquematización (académica) y en toda simplificación (didáctica) se asume una cierta visión reducida en el modo en que se representa la realidad. El modelo que se propone, por muy original y avanzado que pueda parecer, no es posible que consiga abarcar todo el concepto, ya que la realidad tiene siempre más riqueza que el modelo: el todo es más que la mera suma de las partes. En el caso que planteamos de las diferentes actitudes ante el final de la vida sucede algo parecido, puesto que ante el final de la vida no existen los conceptos y las mentalidades nítidas y las actitudes «puras», con una sola directriz y sin mezcla ni atisbo de ninguna otra. No es razonable asumir que, como los conceptos y las ideas se encuentran entreverados, se vuelve imposible descubrir esas líneas de pensamiento más consistentes que son las que realmente definen muchas actitudes. Y, a la inversa, ceñirse a una sola explicación, aunque cada una de las líneas prácticas se adapta con bastante claridad a un planteamiento, acaba siendo una simplificación excesiva.

2. Abandono

En un texto de hace cerca de dos mil años aparece una de las primeras

⁵ Andersson M, Mendes IA, Trevizan MA. «Universal and culturally dependent issues in health care ethics». *Medical Law* 21, (2002), 77-85.

descripciones de abandono del enfermo y, también, de la reacción opuesta, es decir, la de compromiso. Ese texto, que nos resulta familiar en nuestro ámbito social y cultural, es... la parábola del buen samaritano. Hace referencia a un judío al que asaltaron en un camino unos ladrones que le quitaron lo que llevaba, lo agredieron y le dejaron ahí, medio muerto. Los que seguían su mismo camino y pudieron ver cómo estaba «pasaron de largo». Esta situación de abandono duró hasta que apareció el samaritano, un hombre que pertenecía a una etnia que no se trataba con los judíos, pero que al verlo se compadeció, le curó las heridas y lo cuidó. Y esto es algo que le acarreo más de un problema porque tuvo que dar la cara, ya que su conducta se salía de la norma y haría que los demás, judíos y samaritanos, anduvieran perplejos y recelosos, tuvo que perder tiempo, al tener que interrumpir su viaje, y tuvo que gastar dinero para pagar los cuidados del posadero. A la luz de este ejemplo se puede captar que el «abandono» en que dejaron al herido tantos buenos viandantes tiene un componente de comodidad, de indiferencia, de pasotismo, de huida, de incapacidad... o de todo ello. Es más cómodo apartarse que verse en la obligación de dar la cara y jugarse el prestigio o tener que gastar el tiempo, el dinero o el interés en beneficio de otra persona. Y es que este abandono no se suele plasmar como una decisión fría, sino que es algo a lo que se llega tras haber fomentado suavemente una inercia de indiferencia o un cambio de orientación de las preocupaciones hacia otros problemas que

no resultan tan inmediatos. A veces este abandono es una mezcla de despreocupación por lo que les pase a los demás y de huida ante los problemas ajenos, en los que, si presto atención e interés, me puedo ver comprometido, «liado». Por último, este abandono puede ser sencillamente la consecuencia de la ignorancia y la incapacidad. Puede haber alguien que muestre cierta voluntad, o sea, que quiera o que «quisiera» hacer algo. Pero aparte del querer, hay que saber y hay que poder hacerlo. Si uno se ve sobrepasado porque faltan los conocimientos o faltan los medios termina en la misma situación de abandono que, en ocasiones, lleva no tanto a despreocuparse como a «pasarle» el problema a otro a quien se vea con condiciones como para poder asumirlo.

Pasados dos milenios, el abandono del enfermo sigue siendo un problema. A pesar de que se propugna una cultura de igualdad donde no debería haber diferencias entre las personas, en la nuestra sigue habiendo desheredados. Hay patologías, situaciones sociales y edades que producen, si no cierto rechazo, sí, al menos, una clara evitación entendida no como que se trate de evitar o de negar la asistencia, sino el compromiso con el paciente. Y esto sucede en niveles muy diversos: en el sistema en conjunto, en cada Hospital o Área de Salud e, incluso, en la actividad de cada profesional. Este abandono se traduce, por ejemplo, en el escudarse de manera impersonal en los evidentes problemas del sistema, de las listas de espera o de la falta de recursos. El problema se focaliza en

una responsabilidad ajena, algo que repercute en un cierto beneficio personal, ya que las limitaciones en los medios se vuelven excusas que le eximen a uno de la obligación de cumplir sus compromisos y de alcanzar sus objetivos. Se abandona el trato personal y se adopta una actitud funcionarial. Se deja de dar valor a las demoras, a los descuidos o a la despersonalización de los pacientes y se justifica en los problemas (muchas veces reales) del medio y en la falta de atención y de apoyo de los estamentos superiores. En esta actitud de abandono se imbrican la cuestión deontológica, del cumplimiento de los deberes propios de la labor diaria del médico, y la bioética, de la aplicación de las normas morales que rigen nuestra conducta en relación con las ciencias de la vida. No es sólo un problema de cumplimiento del horario o de respeto a los pacientes sino de actitud y compromiso ante la vida.

En ocasiones la actitud de abandono no depende sólo de la situación clínica del paciente sino que interviene el propio compromiso previo del médico. Con aquellos enfermos con los que se ve involucrado porque guarda con ellos algún tipo de relación o ha participado en el diagnóstico, en los tratamientos o en el seguimiento es más fácil que demuestre una actitud activa. Con otros que no generan empatía, que resultan reivindicativos o con los que se prevé que será preciso dedicar tiempo y esfuerzo para alcanzar, en el mejor de los casos, un beneficio más bien escaso, la actitud puede ser de abandono. Un abandono que en ocasiones es huida y en otras, despersonalización en

el trato⁶. Este abandono es la expresión de muchos problemas: desde la falta de aptitud hasta la pura ineptitud, desde el rechazo a la angustia que transmite el paciente hasta la desesperanza, desde la pereza y la desgana hasta el miedo al compromiso. Despreocuparse, «pasar», es una muestra de pasividad y de falta de actitud crítica: ni se sabe lo que sucede ni hay interés por conocerlo porque el que conoce puede verse obligado a asumir un compromiso.

Hay ámbitos de la Medicina que han prestado una atención especial a problemas graves que afectaban a grupos relativamente marginales. Un ejemplo casi paradigmático es el del SIDA, que ha llevado a la implantación y al desarrollo de Unidades relativamente específicas gracias a una inversión realmente envidiable en recursos asistenciales humanos, técnicos y farmacéuticos. Pero hay otros problemas poco agradecidos, con gran repercusión social pero con menos impacto en la opinión pública, que han visto cómo su tren no llegaba o pasaba de largo. Así, es fácil encontrar desequilibrios pasmosos (y casi vergonzosos) en la atención a la patología geriátrica, a los problemas (neurológicos) degenerativos o a los Cuidados Paliativos de pacientes en situación terminal en función del área geográfica⁷.

6 Penson RT, Dignan FL, Canellos GP, Picard CL, Lynch TJ. «Burnout: caring for the caregivers». *Oncologist* 5, (2000), 425-434.

7 Centeno C, Hernansanz S, Flores LA, Rubiales AS, López-Lara F. «Spain: Palliative Care Programs in Spain, 2000: A National Survey». *Journal of Pain and Symptom Management* 24, (2002), 245-251.

Estas desigualdades son una muestra de abandono y de falta de interés social y político y son, a su vez, un reflejo de que en un mundo marcado por la preocupación social sigue habiendo parias, desheredados, de la Medicina bien por el tipo de patología o bien, sencilla y tristemente, por su ubicación geográfica. El abandono no es, por tanto, un problema exclusivo del comportarse de un médico sino que también puede reflejar la actitud de un colectivo o de los directivos o gobernantes que administran las prioridades en el interés y en el gusto.

Desde la perspectiva de una Medicina que más que curativa se podría llamar «triumfal», nadie puede querer apuntarse a tratar pacientes que cumplen los criterios de enfermo terminal... Desde ese punto de vista, no se puede decir que lo más apetitoso sea intentar paliar síntomas severos, múltiples y cambiantes o verse en la obligación de afrontar el impacto emocional del paciente y de los familiares... Más aún cuando el escenario es el de una situación clínica irreversible que va a llevar al fallecimiento del paciente en poco tiempo⁸. Son unos pacientes complejos, que exigen una formación no exigente pero sí adecuada para poder atenderlos y, a la vez, «poco agradecidos» desde el punto de vista clínico porque el éxito del control (transitorio) de un síntoma queda rápidamente oscurecido por la aparición de otros todavía más complejos. Y, ade-

más, uno se ve en la obligación de hacer de paño de lágrimas (¡y a veces hasta de chivo expiatorio!) del sufrimiento y de ese choque entre expectativas y realidad que cuesta tanto digerir al enfermo y a sus familiares. Todo ello para llegar en un plazo corto a asumir que, como era de prever, el paciente fallece a pesar de los intentos y de las esperanzas. Aunque son cuestiones diferentes, la misma actitud que se puede apreciar ante lo que se define propiamente como paciente (oncológico) en situación terminal se puede trasladar a otras situaciones de deterioro crónico, severo e irreversible⁹. Sigue tratándose de un enfermo poco agradecido, en ocasiones complejo y con muy pocas expectativas en cuanto a supervivencia y, sobre todo, en cuanto a la posible recuperación funcional. Por este motivo, con los enfermos crónicos con insuficiencia funcional (respiratoria, cardíaca, renal, etc.) y con los que presentan patología neurológica degenerativa es fácil también caer en la tentación del abandono, que se traduce, más que en «dejarlos», en «pasarlos a otros». Pero eso es algo que a veces el enfermo y casi siempre la familia son capaces de percibir... y de sufrir.

Por todo esto, no es de extrañar que más de uno, sea médico de cabecera o especialista hospitalario, se vea sobrepasado por todos estos problemas médicos y humanos. Y que sienta la tentación de no gastarse en balde, de no quemarse, de huir, de abandonar, de pasarle el pro-

8 Sanz Ortiz J, Gómez Batiste Alentorn X, Gómez Sancho M, Núñez Olarte JM. *Cuidados Paliativos. Recomendaciones de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL)*, Ministerio de Sanidad y Consumo Madrid, 1993.

9 Murray SA, Kendall M, Boyd K Sheikh A. «Illness trajectories and palliative care». *British Medical Journal* 330, (2005), 1007-1011.

blema a otro; unas veces a una Unidad especializada en Cuidados Paliativos y otras a la propia familia o a la ayuda domiciliaria que ha de cuidarlo en casa. Este tipo abandono del enfermo terminal no es algo tan extraordinario en ciertos ambientes y ha sido, hasta cierto punto, uno de los detonantes que, como contes-tación, ha facilitado la implementación de los Cuidados Paliativos en numerosos ambientes.

En resumen, el abandono es la actitud cómoda o, al menos, fácil del que no se compromete con el paciente. Las causas varían desde la complejidad del problema, que desborda sus capacidades, a las escasas expectativas, que no animan a implicarse en una derrota anunciada o, sencillamente, el desinterés y la comodidad aparentemente justificadas que permiten desentenderse de un problema.

3. Lucha

La lucha por sacar adelante al enfermo es un concepto que se entiende bien como contraposición al abandono. En cierta medida, los argumentos que condenan ese abandono de la persona, expresado como abandono en los tratamientos y en los cuidados, sirven también como respaldo de ese luchar por el enfermo. El problema es que más de una vez esta lucha no tiene una medida ponderada sino que se traduce en un excederse tanto en los objetivos que se pretenden como en los medios que se emplean para conseguirlos.

Es frecuente que se hable de ensañamiento o de encarnizamiento terapéuticos. Pero es un concepto que entraña

casi una contradicción en sus propios términos. Lo terapéutico es lo propio de los tratamientos de las enfermedades. Por el contrario, el ensañamiento es el aumento deliberado del sufrimiento de la víctima con padecimientos innecesarios o la delectación en producir el mayor daño posible a quien no está en condiciones de defenderse. Algo parecido es el encarnizamiento, o sea, la crueldad del que se ceba en el daño a otra persona. Y esta intención sádica no cuadra con la nobleza del que busca aplicar un remedio para tratar una enfermedad. De hecho, es probable que estos términos (ensañamiento, encarnizamiento) se hayan empleado para mostrar de manera más evidente el aspecto negativo de este modo de actuar. Por este motivo, la actitud de lucha debería integrarse más que en ese impactante «ensañamiento» en lo que pudiera llamarse «inercia terapéutica», «obsesión terapéutica» u «obstinación terapéutica», que son términos que se adaptan mejor a la realidad del día a día.

La inercia terapéutica expresa esa tendencia a mantener una actitud activa, a no dejar de actuar, a seguir siendo el médico que pone tratamiento. ¿El motivo? En parte, la rutina; en parte, la formación que reciben los médicos; en parte, que las enfermedades tienen tratamiento y que no tratar es como no saber Medicina o no haber entendido el sentido de lo que se ha explicado; y, por último, en parte también por cierta falta de sentido crítico. La formación médica está dirigida a obtener la curación o, al menos, a poner (todos) los medios disponibles para ello. Pocos algoritmos terapéuticos admiten una rama

abocada a un «hasta aquí hemos llegado». Esta inercia, que se traduce en no parar de luchar, consiste en muchos casos en una «huida hacia delante». El abandono es un tipo de huida hacia la comodidad ignorante y la falta de compromiso. Y, curiosamente, esta lucha sin sentido es otro tipo de huida, ya que en el fondo se entiende que es mejor «seguir haciendo algo» que verse en la obligación de pararse a ver y a reconocer lo que sucede. Y, en el fondo, pararse es algo casi imposible porque... nadie nos ha enseñado a parar, va en contra de los principios, no entra dentro de las opciones que nos han enseñado a manejar.

La obsesión y/o la obstinación terapéuticas son diferentes ya que reflejan que la incapacidad para «dejar de tratar» se debe a que una actitud pasiva o expectante tan sólo genera ansiedad, inquietud. Este «no parar» es una variante de negación: un modo de no afrontar la realidad y el pronóstico de una enfermedad¹⁰. En la inercia se tiende a «seguir tratando» porque era lo que ya se estaba haciendo y no se sabe dejarlo. En la obsesión el sustrato es que «hay que tratar» y hay que seguir luchando (administrando más fármacos o nuevas líneas de tratamiento o, en ocasiones, planteándose incluso una nueva intervención quirúrgica) porque en el fondo no se admite ninguna otra alternativa: la guerra se mantiene hasta el último momento sin admitir concesiones

porque hay que ganarla y no hay otra opción. Por último, la obstinación es el modo de expresar con un eufemismo la dura cerviz, la cabeza dura, o sea, la incapacidad de hacer caso a otros, de atender, de escuchar y de cambiar la conducta de acuerdo con esos datos que nos llegan desde fuera.

¿Se puede considerar que estas tres actitudes; inercia, obsesión, obstinación, son realmente un tipo de ensañamiento o de encarnizamiento terapéuticos? Aun con todos los fallos que es fácil ver en sus planteamientos, y que en todos ellos se le puede ocasionar al paciente un sufrimiento físico y moral importante para alcanzar muy poco beneficio, en ninguno de los tres casos se puede hablar con propiedad de ensañamiento o de encarnizamiento, ya que en ningún caso el objetivo primario es el de hacer daño gratuitamente. Y, por lo demás, no hay que olvidar que el propio desarrollo de la labor asistencial es un riesgo continuo tanto de excederse (de «pasarse») como de quedarse corto. El conocimiento teórico, el sentido común y la experiencia de los errores y los aciertos previos ayudan a tener tacto y ajustar el criterio en cada paciente. Pero nunca termina nadie de saberlo todo y de acertar en todos los casos, igual que nadie está libre de que se le nublen los criterios cuando tiene que decidir sobre alguien con quien tiene algún tipo de compromiso, sobre todo afectivo¹¹. El paciente

10 Rubiales AS, Martín Y, del Valle ML, Garavís MI, Centeno C. «Información al enfermo oncológico: los límites de la verdad tolerable». Cuadernos de Bioética 9, (1998), 45-54.

11 Rubiales AS, Argüello MT, del Valle ML, Flores LA. «Del empirismo a la Medicina Paliativa Basada en la Evidencia». Medicina Paliativa 10, (2003), 157-161.

oncológico atraviesa varias etapas que se reflejan en la intención (y a veces la intensidad) de los tratamientos. Y el médico se encuentra ante el desafío en cada enfermo de adecuar la actitud a la situación, al pronóstico y a las expectativas de lo que puede dar de sí y, a la vez, exige el tratamiento. Se ve en la obligación de ajustar el tratamiento del mismo modo que en un coche se adecua la marcha al terreno y a las prestaciones del motor. Y esto se traduce también en otro objetivo: saber parar a tiempo; ni demasiado pronto ni demasiado tarde.

Este concepto de «lucha» cobra parte de su sentido en contraposición con el de abandono. Son muchos los médicos que no han recibido una formación adecuada para «saber parar», en concreto para «saber parar... a tiempo». No entienden el «no hacer». No pueden dejar de intentarlo porque para ellos es como dejar al paciente, abandonarlo. Parten de la base de que ellos están ahí, se han formado y hacen su trabajo «para curar»: sólo juegan a una carta y no pueden entender todas las demás que componen la baraja. De hecho no entienden que la baraja tenga más cartas e, incluso, algunos ni lo saben... Su visión de la Medicina se podría decir que es «optimista»¹²: las opciones terapéuticas las interpretan como soluciones infalibles y lo que puede salir bien lo ven como si tuviera forzosamente que salir bien, los tratamientos (médicos o quirúrgicos) actúan, las medicinas hacen justo esa labor que se describe en los libros y que les

explicaron en la Facultad, las operaciones son limpias, las complicaciones son las que cabe esperar y tienen remedio. En fin, los enfermos se curan. Y con esta visión optimista que asienta en una especie de falta de madurez lo que sucede es que los (numerosos) pacientes que en algún momento no responden a estas expectativas les inducen una mezcla de perplejidad y de rechazo.

En conclusión, la lucha se traduce en la actitud del que no deja de buscar opciones en el arsenal terapéutico, del que no tira la toalla. El motivo puede ser que no ha aprendido (o no le han enseñado) a parar, o bien que sencillamente no asume que parar a tiempo no es una derrota ni una vergüenza, sino que para más de un paciente es la opción mejor, más razonable y, para su sorpresa, la más beneficiosa.

4. Finalización

La tendencia de finalización representa esa salida alternativa que se le abre o se le ofrece al paciente (o por la que se le empuja) para dar fin a sus problemas de una vez por todas. En cierta medida, no son el médico o el cuidador los que abandonan al paciente. Al contrario, es el paciente el que abandona cualquier compromiso con él mismo y con los demás. En este ámbito de finalización, terminación o «cierre» se engloban la eutanasia (activa y pasiva) en su concepto más «clásico» junto con el suicidio asistido y lo que se podría llamar falsa sedación.

Hay una corriente fuerte, muy fuerte, en la Medicina del mundo occidental que

12 Vallejo Nágera JA, Olaizola JL. *La puerta de la esperanza*, Editorial Planeta, Barcelona, 1990.

se centra en países de mentalidad anglosajona y del Norte de Europa, que definen todas estas variantes de terminación inducida de la vida. Poco importa que se cree una cierta controversia en relación con la terminología: eutanasia activa y pasiva¹³, distanasia... Acaban siendo en su mayoría palabras de raíz griega y en las que el concepto no se capta directamente pero que lo que pretenden es diluir en un debate nominalista, es decir, sobre conceptos que se prestan a equívocos porque pueden denominar varios conceptos. De esta el debate sobre manera una cuestión de fondo, de valores y de actitudes ante la vida, sobre todo ante la vida que declina pierde fuerza y se diluye. Así, sucede con el concepto de eutanasia y sus variantes «pasiva y activa». Lo lógico es que un acto médico sea eutanasia o no lo sea. Sin embargo, la expresión «eutanasia pasiva» se presta a dos interpretaciones, una de ellas claramente opuesta a la definición de eutanasia (provocar deliberadamente la muerte del paciente) y otra opuesta, que se adaptaría bien a esta definición. Emplear una expresión como ésta, que se presta a confusión, suele ser una estrategia para diluir los límites conceptuales de la eutanasia y favorecer así su aceptación social. Es una muestra de ese contraste que aparece en el mundo de la Medicina entre la cultura de la vida y la cultura de la muerte. En este escenario, la cultura de la muerte se muestra como una salida, como un derecho y una alternativa

razonable a la que debe tener acceso el paciente y que hay que saber ofrecer. El razonamiento se centra en dos vías de argumentación: el sufrimiento del enfermo y su derecho a la autonomía.

Para presentar el sufrimiento se suele recurrir a dos paradigmas. El primero son los síntomas físicos severos del paciente oncológico (principalmente el dolor). El segundo son las limitaciones físicas (y el impacto psicológico de estas limitaciones) en el enfermo neurológico, normalmente referidas al que tiene un deterioro severo de sus funciones físicas con respeto de las funciones superiores (tetrapléjicos, parapléjicos) y al que tiene un daño global de la conciencia y de su relación con el medio (coma mantenido). Cualquier síntoma físico o cualquier limitación puede inducir un sufrimiento moral y emocional severo, difícil de evaluar y, sobre todo, muy difícil de tratar mientras persistan los problemas que lo originan. Dentro de este cuadro se añaden dos pinceladas importantes que dan más color al argumento porque fuerzan el contraste. Por una parte está el encarnizamiento terapéutico, que aparece como un factor más por el que el propio personal sanitario puede inducir un sufrimiento absurdo cuando no sabe enfocar los problemas y encontrar alternativas razonables ante la situación del paciente. Por otra, se encuentra el recurso al caso extremo (que los hay) en los que no hay manera de encontrar una solución ponderada al problema porque, sencillamente, no la tiene.

Toda esta línea argumental tiene una carga marcadamente sentimental, emotiva. El modo en que representa la rea-

13 Feudtner C. «Control of suffering on the slippery slope of care». *The Lancet* 365, (2005), 1284-1286.

lidad induce a la compasión, es decir a compadecer, a «padecer con» el enfermo o, incluso, «en el lugar» del enfermo y a tomar decisiones que parecen «objetivas» desde esa perspectiva sesgada... El final de este «razonamiento» (de apariencia racional pero marcadamente emotivo) que se ve abocado a soportar toda esta carga de pena y de absurdo es concluir para uno mismo «... total, para estar así, preferiría morirme». Y una vez dado este paso es fácil hacerlo extensivo a los demás e incluso sustentarlo virtualmente en los principios bioéticos de buscar el bien del paciente (beneficencia) ¡y de evitarle el daño (no maleficencia)¹⁴! En el fondo, con cierta frecuencia sucede que uno extrapola su interioridad y desea, busca y facilita a los demás lo que interiormente considera «lo mejor» para sí mismo.

En cierta medida, el principio del respeto a la dignidad de la persona pierde fuerza argumental cuando la persona padece o presenta trabas físicas y/o psíquicas. En resumen, se podría decir que se asume que a más limitaciones y problemas físicos y psíquicos (o psicológicos), menor es la dignidad de la persona. Y también se reduce si no se le puede dar opción a su autonomía y a su libertad de decisión. En el fondo, se crea un concepto mixto de dignidad, libertad y autonomía en que no es fácil distinguir qué es cada cosa y dónde se

encuentra. En fin, que la persona con limitaciones, sobre todo la persona que sufre estas limitaciones o que ya no está siquiera en condiciones de sufrirlas, es «menos persona» ya que la dignidad es algo intrínseco al concepto de persona. Y en los casos del enfermo en coma mantenido se adereza con la suave falacia de qué decidiría él si despertara durante un cuarto de hora y se diera cuenta de su situación¹⁵; una falacia que, en el fondo, plantea qué decidiríamos nosotros si despertáramos y mantuviéramos nuestro conocimiento, nuestra desesperanza y nuestro «cansancio» tras tanto tiempo de atenciones y cuidados... La respuesta y la argumentación que subyacen a esta pregunta son que si no va a ser posible hacer que el paciente recupere lo que tenía, lo que «fue», sí que tiene que ser posible respetar en él esta triada de dignidad, libertad y autonomía dándole la opción y la vía de escape, de liberarse para salir (a través del propio fallecimiento) de la jaula de limitaciones y sufrimiento en que se ve (o se va a ver) encerrado de manera irremisible. En esta línea, lo que se supone que el personal sanitario debe cumplir, por su propia obligación de aliviar y de servir, son dos exigencias. Por una parte la de respetar la decisión. Y, por otra, el compromiso con esta opción para sacarla adelante ya que el paciente en sus condiciones no estaría capacitado ni física, ni psicológicamente para llevarla a cabo por sí mismo.

14 Cimino JE. «A clinician's understanding of ethics in palliative care: an American perspective». *Critical Reviews in Oncology/Hematology* 46, (2003), 17-24.

15 Quill TE. «Terri Schiavo - A tragedy compounded». *The New England Journal of Medicine* 352, (2005), 1630-1633.

El suicidio asistido se diferencia de la eutanasia en que el médico se libra de realizar el último acto para quitar la vida a la persona. La obligación del profesional es comprobar que se cumplen los requisitos, facilitar los medios y supervisar el resultado, pero es el propio paciente el que voluntariamente enciende el sistema¹⁶. La sociedad acepta con más facilidad hasta la expresión de suicidio asistido que la de eutanasia. A pesar de las diferencias, es fácil comprender que tanto el suicidio asistido como la eutanasia son dos modos concretos en que cristaliza esta actitud de salida, de terminación del problema (a través de la terminación del paciente) pero parece que este paciente actúa con más libertad (¡y más responsabilidad!) porque se delega en él un eslabón sencillo pero fundamental para que todo el proceso dirigido a su propia muerte se cumpla.

La falsa sedación es otro modo de terminar con la vida del enfermo. Esta falsa sedación (que algunos llaman «cacetanasia») es la que se da en pacientes con un problema severo de base y en situación comprometida por algún tipo de complicación sobrevenida, en los que se asume que no hay opción más razonable y más comprometida para revertir esta situación y los problemas que origina (en el paciente y en sus allegados) que administrar la medicación sintomática necesaria. Esta asunción no suele tener un respaldo adecuado por el

conocimiento suficiente de la enfermedad de base y de la complicación actual y de sus opciones terapéuticas. Y tampoco suele tener el apoyo de un seguimiento suficiente de ese paciente en concreto. La medicación que se emplea administra suelen ser fármacos que se caracterizan por su capacidad para deprimir el nivel de conciencia y que se administran sin intentar afinar en el ajuste de dosis ya que lo previsible es que la muerte esté muy próxima y acelerarla lo que va a permitir es que el alivio llegue antes para todos, es decir, para el paciente, para los cuidadores y para el personal sanitario. En este caso es muy dudoso que haya un respaldo voluntario del paciente ya que en general se asume que no tiene un nivel de conciencia suficiente como para tomar decisiones. Esta falsa sedación tiene un aquel con la eugenesia (porque se facilita la salida de los más «deteriorados», de manera que dejan de lastrar al conjunto de la sociedad) y con la eutanasia de los pacientes más frágiles y desvalidos. Y es que la pseudo-sedación termina siendo como una manifestación de lo que puede llegar a suceder si se le facilitan instrumentos hermosos pero potencialmente muy dañinos a quien no tiene aún los conocimientos suficientes para emplearlos¹⁷. Puede darse el caso de que uno se vea «con la bata blanca» y las oportunas titulaciones y que incluso algo haya leído, con interés y buena fe, sobre la sedación. Pero llegado el caso en que reencuentra

16 Snyder L, Sulmasy DP. «Physician-assisted suicide». *Annals of Internal Medicine* 135, (2001), 209-216.

17 Gómez-Batiste Alentorn X. «Leganés, sedación y Cuidados Paliativos». *Medicina Paliativa* 12, (2005), 65-66.

con el enfermo en muy mala situación y con un problema severo de fondo (cáncer, patología neurológica degenerativa...) puede plantearse que, efectivamente, ese es el paciente adecuado. Y que, efectivamente, «con interés y buena fe» decida que lo mejor (para el paciente, para su familia...) sea optar por la sedación que ayude a que termine sin sufrimientos un enfermo sin salidas.

Sin embargo, ante esta situación hay que afrontar ciertos problemas que podría parecer que no son tales si uno no hace por encontrarlos. Ahí está la cuestión de los conocimientos y formación digamos «técnica» y también la de la actitud y la intención. «Sedar» de manera irreversible a quien no lo necesita, por mucho que padezca trabas y limitaciones, por mucho que su pronóstico sea muy limitado o por mucho que sea una carga desproporcionada para su medio y que sus cuidadores y familiares lo soliciten (incluso de manera expresa) es un modo de decidir sobre cuestiones que nos pueden superar. Y es que, para saber si efectivamente hay indicación hace falta tener perspectiva y conocer (y, en cierta medida, haber vivido) la evolución en el tiempo y las opciones terapéuticas que se han empleado y qué eficacia han tenido. Si no, en el fondo nos volvemos jueces que emitimos un veredicto en cuanto a la vida de una persona a sabiendas de que ninguna «acusación» nos puede llevar a dictar esa condena. Efectivamente, la falsa sedación es un modo de terminar, de dar salida, de «liberar»... ¿pero realmente nos damos cuenta de a quién y cómo y... por qué?

En ocasiones, la cuestión de la eutanasia y del suicidio asistido (o todo el ámbito de la defensa de la vida) se tiende a arrinconar en el ámbito de la fe, de la religión. Y más que argumentar a favor o en contra, lo que se hace es despreciar los argumentos de todo un bloque de opinión porque en ellos se intuye un motivo religioso. Por ende, el mero «tufillo» trascendente (real o ficticio) ya se considera un motivo en contra y suficiente como para no perder el tiempo buscando otros argumentos de cara a desacreditar más aún al autor¹⁸. Desde el punto de vista de la corriente laicista «el hecho religioso» es totalmente respetable, y más en una sociedad tolerante occidental, pero no debería tener más impacto en la vida personal y, sobre todo en la social, que los gustos y costumbres personales y las aficiones del individuo. Sin embargo, esta actitud es doblemente excluyente. Por una parte porque encierra amablemente este «hecho religioso» en el ámbito de lo que algunos llaman «las sacristías», es decir, en círculos excluyentes, extraños y ajenos al mundo real.

Por otra parte, la crítica de estos modos de finalizar la vida de un pacientes desde una perspectiva trascendente no quiere decir necesariamente que se haga desde una perspectiva digamos «religiosa», ya que hay otras alternativas. Hay gente que vivencia sus últimos días desde una esfera no explícitamente religiosa pero sí espiritual, mientras que otros lo

18 Potts M, Kulczcki A, Rosenfield A. «Abortion and fertility regulation». *The Lancet* 348, (1996), 478-479.

hacen desde una perspectiva meramente existencial, que supone por sí un atisbo de trascendencia¹⁹. Y una visión trascendente del hombre es un foco de luz realmente intensa cuando además se trata con el hombre doliente y limitado, el hombre al que la experiencia de su limitación y el propio sufrimiento le pueden nublar el criterio y hacerle perder el norte en sus decisiones. En fin; existencial, espiritual y religioso son tres aspectos distintos sobre los que se podría incidir de manera separada, pero sobre los que muchos pacientes no quieren, no pueden o no saben discriminar.

Como conclusión, se puede plantear esta vía de salida, de terminación de la vida y del sufrimiento, como la alternativa «dura», pero que aparentemente «simplifica» los problemas. Es una opción que, al menos en apariencia, respeta al paciente y sus deseos y, además, evita los problemas del abandono y de la lucha, entendida como obstinación terapéutica en un callejón sin salida. Sin embargo, en más de un caso termina siendo una solución difícil pero «demasiado cómoda», ya que a la vez que elimina el sufrimiento, elimina también al sufriente. Y aunque pueda ser vivido como una liberación compartida (del que sufría y del cuidador que vivía en el agobio y el sufrimiento de verle padecer), se trata de una conducta que ataca directamente un objetivo esencial de la profesión médica: atender al que sufre.

19 Bayés Sopena R, Borràs Hernández FX. «¿Qué son las necesidades espirituales?». *Medicina Paliativa* 12, (2005), 99-107.

Acompañamiento

Para comprender el por qué y el para qué del «acompañamiento» hay que volver a las raíces clásicas de la Medicina desde el punto de vista humanista: «curar a veces, aliviar a menudo, acompañar siempre»: curar, aliviar, acompañar... Ya se ha mencionado el texto clásico del buen samaritano. El protagonista de la parábola no sólo acompaña y «está ahí», junto al paciente, sino que se implica personalmente en los cuidados. ¡Cuántas veces es más difícil acompañar, estar ahí y aguantar el tipo, que salir huyendo!

Este acompañamiento se opone a las tres actitudes que se han comentado hasta ahora: abandono, lucha y finalización. En el fondo, acompañar se encuentra, más que en oposición con lo anterior, en un orden diferente. Es, por así decir, la única actitud ante el paciente que realmente pretende verlo en su integridad y que no se traduce en una decisión clínica concreta porque no lleva a hacer más o a hacer menos sino a adecuar los medios y los fines a las necesidades y las expectativas reales pero... sin dejar solo al enfermo. Es cierto que no es compatible con el abandono: ¿quién abandona y acompaña a la vez? Y tampoco se puede integrar con la opción de salida y finalización porque si a alguien se le elimina ya no es posible acompañarle en el viaje. ¿Y es compatible ese acompañamiento con la «lucha»? Depende de lo que se entienda por lucha. Es difícil compatibilizar el acompañamiento del paciente con la inercia, la obsesión o la obstinación terapéutica. Ahí no se acompaña. Al contrario uno lo que hace

es intentar redirigir y dar volantazos a un vehículo que está irremisiblemente abocado a un destino a corto plazo. No se hace una conducción suave y cómoda para hacer más sencillos y llevaderos los últimos metros sino que se opta por las sacudidas desesperadas y los volantazos. Y así al paciente no se le acompaña; se le incomoda.

La experiencia del trato con pacientes con enfermedades avanzadas recuerda que a veces hay poco que hacer o, al menos, poco que ofrezca unas expectativas razonables. Y es que en esas ocasiones lo mejor o lo único que se puede hacer es «estar ahí», dejarse ver, ofrecer el testimonio de la propia presencia. El infierno no son «los otros» de los que hablaba Sartre... al contrario, lo que se ha sugerido es que no hay peor infierno que la soledad. Porque no es fácil decir qué es peor, si no tener a nadie a al lado... o no ser capaz siquiera de darse cuenta de lo que es el haberse quedado solo. La realidad del acompañamiento se fundamenta, entre otros conceptos, en que el hombre es un ser social. No estamos solos, no vivimos solos. El fenómeno del naufragio y de la soledad sin comunicación sólo es válido en películas o como ejemplo extremo. Toda nuestra actividad se fundamenta en parte en «los demás» (la sociedad, o sea, la estructura de relaciones y servicios que integran y en que se integran las personas). Y es también en «los demás» en quienes repercute, en mayor o en menor medida. El hombre es un ser que necesita existencialmente estar acompañado. Y más aún cuando sobreviene la enfermedad. Un «verse arropado» que

es algo totalmente opuesto del verse abandonado o eliminado, despedido. Un acompañamiento que no es sólo una especie de punto medio entre el abandono y la lucha, o sea, algo en contraposición a ambos pero sin contenido propio.

Más de una vez el concepto de acompañamiento se ha identificado con el de Medicina Paliativa²⁰. Desde la Medicina Paliativa se entiende y se vive el día a día del acompañamiento. La Medicina ve con buenos ojos, con simpatía, este concepto de acompañamiento, también porque ve que le descarga de compromisos. Y es que tras la popularidad del concepto late la idea, que nunca se llega a expresar literalmente, de «que acompañen ellos». Sí, la Medicina Paliativa es encomiable, ejemplar... pero muy dura, muy comprometida, de personas «especiales»; en fin, vocacional. Es curioso, pero el apoyo y el respaldo que recibe este acompañamiento a veces encubren una variante de abandono, de falta de compromiso, pero con cierto alivio de la conciencia.

El acompañamiento puede ser pasivo o activo. El acompañamiento pasivo sería el de «estar ahí», sin participar ni influir en la evolución del proceso o involucrarse con las medidas que se crean oportunas. Ante esta actitud pasiva hay que mantener cierta prevención, ya que poca ayuda supone a veces el que acompaña y no hace más porque puede estar cerrando la puerta, por su propio desconocimiento, a más de una técnica que podría ser de ayu-

20 Morrison R, Meier DE. «Palliative care». *The New England Journal of Medicine* 350, (2004), 2582-2590.

da para el paciente. El acompañamiento activo se presta a que se tomen medidas de cierta «lucha» buscando un beneficio para el paciente. Y es dentro de este acompañamiento activo donde es conveniente buscar unos límites razonables para no excederse ni quedarse corto²¹. Por otra parte, el acompañamiento es algo que se presta al fenómeno del «síndrome del voluntariado», es decir, corre el riesgo de que los que participen acudan con la loable intención de echar una mano pero sin haber demostrado un mínimo de conocimientos ni de aptitudes, algo que se manifiesta en un gran entusiasmo y en muy poco respaldo científico²². Y es que hasta para acompañar hay que saber. Lo que se asume con gran iniciativa y poca formación está llamado a agostarse muy pronto, en cuanto se pierda la inercia el primer impulso.

A esta línea de acompañamiento se le pueden crear problemas irreales con cuestiones actuales sobre la voluntad supuesta del paciente. ¿Qué hubiese deseado si hubiese sabido...? En fin, una pregunta sin respuesta porque son pocos los pacientes que saben todo, porque no quieren o, sobre todo, porque no lo soportarían. Y porque no son tantos los pacientes que, según evoluciona la enfermedad, mantienen unas funciones mentales adecuadas. Pero, volviendo a la pregunta sobre qué

hubiese deseado el paciente: ¿Hubiese preferido que terminaran con él o que lo acompañaran? O, tal vez, ¿no hubiese deseado que lo acompañaran hasta un punto y que luego, cuando se viese tan inútil e impotente que ni el mismo se reconociera, le abandonaran²³? En fin, dicho de otra manera, ¿no se pueden complementar la eutanasia y atención paliativa, no serían dos facetas de una misma realidad?, ¿se puede integrar la eutanasia en un buen sistema de Cuidados Paliativos²⁴? La respuesta es sencilla y clara: no, no se puede integrar. Es cierto que más de uno lo defiende con argumentos más o menos plausibles²⁵. Pero en el fondo lo que pretende es combinar dos principios que sencillamente no cuadran²⁶: el de terminación y cierre, que cristaliza en la eutanasia, y el de acompañamiento, que se puede identificar con la filosofía (a veces más que con la práctica) de la Medicina Paliativa. No se puede compatibilizar el acompañar y el dar fin. La actitud de acompañamiento no se limita a un plazo porque, si no, únicamente es la antesala del abandono. Hay que acompañar, hay que estar al lado, hay que echar una mano

23 Vermaat JA. «Euthanasia in the Third Reich: lessons for today?». *Ethics & Medicine* 18, (2002), 21-32.

24 Materstvedt LJ, Clark D, Ellershaw J, et al. «Euthanasia and physician-assisted suicide: a view from an EAPC Ethics Task Force». *Palliative Medicine* 17, (2003), 97-101.

25 Sessa C. «Palliative care versus euthanasia?». *Annals of Oncology* 7, (1996), 645.

26 Altisent Trota R, Porta Sales J, Rodeles del Pozo R, et al. «Declaración sobre la eutanasia de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos». *Medicina Paliativa* 9, (2002), 37-40.

21 Rubiales AS, Olalla MA, Hernansanz S, et al. «Decisiones clínicas sobre el mantenimiento de medidas de soporte y la sedación en el cáncer terminal». *Medicina Paliativa* 6, (1999), 92-98.

22 Azulay Tapiero A, Hortelano Martínez E. «Cuidados paliativos. Mucha vocación y poca formación». *Medicina Paliativa* 6, (1999), 90.

también cuando las cosas se ponen mal o peor que mal. De otra manera se llega a un abandono encubierto o, incluso, a un sistema de finalización en donde, en apariencia, los Cuidados Paliativos se culminan con la eutanasia o el suicidio. En el fondo, la verdadera compañía es la que se da también al que cree que él mismo ya no tiene valor ni para él, porque no alcanza ese margen de libertad y de propia imagen que considera necesario para alcanzar su dignidad de persona, ni para los demás, porque se ve como una carga que tienen que cuidar y que incluso esos cuidados son dolorosos o molestos para quien los lleva a cabo, aunque sea con todo el cariño²⁷.

Entonces, ¿dónde se integra la sedación terminal en el contexto del acompañamiento²⁸? Fundamentalmente esta sedación terminal es algo esencialmente diferente de lo que es la eutanasia²⁹. No se pretende acabar sino aliviar, paliar, y seguir junto al paciente la evolución de su enfermedad. Se acepta que ciertas medidas terapéuticas paliativas, como esta sedación, que podrían abreviar los días de un enfermo en situación terminal avanzada pueden ser adecuadas si no preten-

den acelerar el previsible fallecimiento (tampoco con el objetivo «compasivo» de que el paciente «deje de sufrir del todo» cuanto antes) sino que sencillamente se prevé y se tolera como algo inevitable porque se conoce la historia natural de la enfermedad y la evolución del paciente. Este criterio se asienta con firmeza en el principio del doble efecto, que afirma que en situaciones en que cualquier acto puede producir consecuencias indeseables y se debe decidir cuál es la consecuencia menos mala hay que optar por aquella en que la naturaleza del acto sea buena o, al menos, neutra (como es alivio del dolor), la intención sea buena, ya que no se buscan las consecuencias de los efectos adversos (en este caso, ese posible acelerar el fallecimiento), las consecuencias indeseables no son un medio para alcanzar el objetivo del acto (no se pretende matar para aliviar) y tiene que haber proporcionalidad entre el fin y las consecuencias indeseables (la situación de sufrimiento debe ser grave y sin alternativas razonables y el pronóstico malo a corto plazo). Además, la sedación exige el consentimiento explícito, implícito delegado o anticipado (en previsión de posibles acontecimientos) por parte del paciente. Si se dan estas condiciones, esta auténtica sedación paliativa en el enfermo terminal es un buen modo de acompañar de manera activa, de estar ahí y de poner los medios para intentar controlar los sufrimientos más severos³⁰. Algo que se

27 Ganzini L, Harvath TA, Jackson A, Goy ER, Miller LL, Delorit MA. «Experiences of Oregon nurses and social workers with hospice patients who requested assistance with suicide». *The New England Journal of Medicine* 347, (2002), 582-588.

28 Porta Sales J, Núñez Olarte JM, Altisent Trota R, et al. «Aspectos éticos de la sedación en Cuidados Paliativos». *Medicina Paliativa* 9, (2002), 41-46.

29 Lo B, Rubenfeld G. «Palliative sedation in dying patients». *Journal of the American Medical Association* 294, (2005), 1810-1816.

30 Morita T. «Palliative sedation to relieve psycho-existential suffering of terminally ill cancer patients». *Journal of Pain and Symptom Management* 28, (2004), 445-450.

opone de base a la falsa sedación, que se mencionó previamente y que se orientaba primariamente a «dar salida» a enfermos difíciles.

En resumen, ese acompañamiento marca lo que debe ser el estándar en la Medicina de hoy en día. Algo que exige no abandonar al paciente sino, al contrario, estar ahí y ayudar de manera activa con tratamientos y cuidados o, al menos, de manera pasiva, con la presencia y el consuelo³¹. Y algo que exige también proporcionar los cuidados y no desentenderse de la carga que supone atender a los pacientes, aunque sea por su solicitud, cuando la situación empeora. Esta actitud, en conjunto, se plasma muy bien en lo que es la visión y la misión actual de la Medicina Paliativa.

5. Conclusión

Las diferentes actitudes ante el paciente en situación terminal y ante el enfermo más que grave, «difícil» y con escasas expectativas se pueden resumir en cuatro posibilidades: abandono, lucha, finalización y acompañamiento. Es cierto que no son excluyentes y que se podrán dar otros planteamientos. Pero la comprensión de estos modos de actuar facilita que se llegue a poner en su contexto adecuado y a comprender la manera de actuar de muchos profesionales.

No hay líneas sencillas y únicas. Pero sí que es fácil adscribir cada una de las posturas actuales de la Medicina dentro

de una de estas actitudes. El abandono lo palpamos a diario no tanto en la dejadez como en la falta de compromiso, en ese ir y venir, en la ausencia de un médico de referencia o en la «huida» del que debería asumir la responsabilidad. La lucha se concreta en esa inercia terapéutica que lleva a no saber parar o, lo que es peor, a no poder parar de tratar a un paciente aunque no haya ya opciones razonables de tratamiento. La finalización es el reflejo de toda la línea argumental que defiende la eutanasia o el suicidio asistido como modo de dar una salida adecuada al sufrimiento del enfermo que se considera sin opciones terapéuticas. Por último, el acompañamiento se plasma en los Cuidados Paliativos que comenzaron desde esa filosofía y desde la oposición al abandono del enfermo en situación terminal («no hay nada que hacer»), a la lucha, entendida como una inercia y una obsesión terapéuticas absurdas y dañinas, y también a la eliminación fácil de la persona que sufre. Pero la propia madurez de estos Cuidados ha hecho que se integre como parte necesaria lo que sería el acompañamiento activo. Este concepto surge del criterio obvio de que acompañar está bien... pero no es suficiente: hay que intentar aliviar de manera activa, con los medios razonables (¡muchos!, pero que hay que conocer) que la Medicina y otras ciencias ponen en nuestras manos.

Cada una de estas cuatro opciones se justifica en cierta medida por oposición a las que la preceden en la lista que aparece en la Tabla 1. El abandono no tiene en sí ningún sentido y sólo aparece como una reacción de huida o de desinterés ante los

31 Markwell H. «End-of-life: a Catholic view». *The Lancet* 366, (2005), 1132-1135.

problemas del enfermo. La lucha tiene sentido como contraposición al abandono del paciente. En el fondo, este criterio es el que da sentido a todo el quehacer de la medicina: tratar al paciente, actuar y luchar a favor del enfermo. La mentalidad de cierre, de terminación, aparece como una contraposición al abandono, ya que lo que se hace es actuar frente a un problema (aunque sea de manera limitada en el tiempo y en los objetivos), y sobre todo como contrapunto a la obsesión terapéutica, a la lucha cargada de sufrimiento (físico o moral), con escaso sentido y muy pocas expectativas. La cuestión es que se da a entender que para evitar tanta carga como lleva el paciente en un camino tan difícil y en apariencia tan corto lo adecuado sería... terminar el viaje, no aliviar la carga. Por último, el acompañamiento se opone de manera más inmediata al abandono, incluso en su explicación semántica. Por otra parte, surge como contrapunto a la lucha ya que la curación, la meta más alta, sólo en ocasiones es un objetivo realista. Y si no

se alcanza esa curación, por lo menos hay que estar ahí: «curar a veces (...), acompañar siempre». Además, acompañar es lo opuesto a poner los medios para que el enfermo termine cuanto antes. Hasta cuando no es posible la curación, se está junto al paciente aportándole las medidas de alivio proporcionadas a la intensidad de sus problemas, a su situación clínica y al pronóstico³². Y esto se adapta al principio de que el empleo de fármacos para aliviar el sufrimiento de pacientes en situación terminal, cuando se asume el riesgo de acortar las expectativas de supervivencia, es algo adecuado a la dignidad de la persona siempre que el fallecimiento no se vea como el objetivo a lograr, ni siquiera como el medio para alcanzar este «alivio», sino como algo previsible desde el punto de vista clínico dentro de la evolución de la propia enfermedad y, en cierta medida, inevitable. Además, si el tratamiento se lleva a cabo de modo correcto, este riesgo de abreviar las expectativas de supervivencias es mínimo.

Recibido 20-01-2006
Aceptado 15-03-2006

32 Oransky I. «Elisabeth Kübler-Ross». *The Lancet* 364, (2004), 1120.

TEMA DE ESTUDIO: EL DEBATE ACTUAL SOBRE LA EUTANASIA

La eutanasia. Una reflexión antropológica

José M^a Barrio Maestro

Profesor Titular Filosofía, Univ. Complutense, Madrid.

El respeto a la libertad individual y la necesidad de no "imponer" a nadie las propias convicciones acerca de la vida buena, de evitar un paternalismo preilustrado, etc., llevan a muchos a la afirmación de un supuesto derecho a la "muerte digna". No se trataría de otra cosa que trasladar, a la última etapa de la vida, los grandes principios de la libertad, la igualdad y la fraternidad. Parece que no cabe objetar nada a esto, máxime si se da la condición de que el interesado lo solicite después de un examen ponderado de las circunstancias y tras haber llegado a la convicción de que su vida ya no merece ser vivida. Carecería de todo contenido humano aquella vida sobre la que uno no puede ya tener iniciativa. Si no estoy en condiciones de decidir lo que soy y lo que hago, mi vida es un continente vacío de contenido, ya no posee un valor en sí misma, sino un mero valor instrumental para otros valores, principalmente el de la libertad omnímoda que se requiere para poder ponerme a mi mismo

por completo a mi disposición: decidir sobre mi ser. Si no soy plenamente libre para ello, entonces no hay diferencia sustancial entre mi vida y la de un vegetal. A su vez, sin libertad plena, no habría dignidad.

En determinados casos de enfermedades irreversibles, en los que el nivel de calidad de vida no supera unos mínimos deseables, el médico debería ser un instrumento de la voluntad del paciente para asistirle en su decisión suicida. La muerte, en fin, es inevitable, pero sí es evitable el sufrimiento y debería estar al arbitrio de cada cual el decidir sufrir más o menos.

Este concepto prometeico de la libertad humana responde a las exigencias de un discurso más retórico que teórico. Un pleno dominio sobre sí, excluyente de cualquier cortapisa –que, más que limitar, anularía radicalmente la libertad– es una ilusión de libertad, poéticamente posible, pero no la realidad de la que tenemos experiencia primaria. Vivimos, en efecto, nuestra libertad como algo esencialmente limitado, primero por el hecho de que ninguno hemos elegido libremente ser libres, ni tampoco, yendo más atrás, ser. En segundo lugar, porque nuestro ejercicio actual de la libertad implica una determinación *ad unum*, hacia algo concreto, lo cual implica la imposibilidad práctica de elegirlo todo. Ciertamente, se trata de una

determinación peculiar: una autodeterminación, en la que la propia voluntad es la que se dirige hacia algo que la inteligencia presenta como bueno y practicable, y ello supone una indeterminación extrínseca previa al acto de elegir. Pero el acto de elegir, la opción –que es donde la libertad alcanza el grado de realidad– implica superar esa indeterminación previa, que es un nivel meramente potencial de libertad (es más una condición de la libertad electiva que el acto mismo de la elección libre). En tercer término, tenemos amplia experiencia del influjo que sobre nosotros tienen opciones que hacen otras personas, y no sólo en los primeros años de la vida, sino a lo largo de todo su curso. Pensar, por tanto, que nuestra libertad es el proceloso piélago de la indeterminación, la espontaneidad pura y la infinitud de posibilidades permanentemente abiertas a nuestros proyectos sólo puede hacerse desde una ilusión romántica ajena a todo realismo. Es el caso, entre otros, de Sartre, que pensaba que no tenemos libertad sino que la somos, sin límite ni restricción algunas (1).

Que la libertad humana no sea absoluta no significa, empero, que el hombre no es libre en absoluto. Significa que esa libertad tiene límites. La indeterminación y la espontaneidad son acepciones puramente "metafóricas" de la libertad, con las que ésta no debe ser confundida (2).

Si la libertad humana no es absoluta es porque el ser humano tampoco lo es y, en consecuencia, no está en su mano el disponer absolutamente de su vida ni decidir el final de ésta, entre otras razones porque dicho final lo es sólo en sentido biológico. En buena medida la vida biográfica sí que está en sus manos;

es una tarea para él mismo, un proyecto que cada quien diseña y ejecuta a su modo. Pero esa medida no es absoluta. La iniciativa que tenemos sobre nosotros mismos es fundamento indudable de una peculiar dignidad en el ser humano, pero dicho fundamento no es estrictamente último; monta, a su vez, sobre el hecho de que hemos sido creados, de que hemos sido traídos a la realidad, y a la realidad humana, no precisamente merced a una iniciativa nuestra. Por tanto, lo que radicalmente somos es administradores de un don. Esto lo saben bien los padres. La acción de procrear es concomitante a un acto creador en el que ellos no son causa principal sino instrumental. Si no dimiten de su auténtica misión, los progenitores humanos acogen la vida como un don y saben que sus hijos no son posesiones suyas, en último término porque la vida no es un bien poseíble estrictamente, ni siquiera para su "titular". Sólo si fuera poseíble sería, en rigor, enajenable. Mas lo único que no cabe poseer ni enajenar es precisamente lo que se es, y la vida, como decían los antiguos filósofos, es el ser para los vivientes (*vita viventibus est esse*), pero en el acto de ser no se ha tenido en cuenta nuestra iniciativa libre: ésta sólo tiene sentido a partir de tal hecho, no sobre él.

Todo esto afecta profundamente a nuestra vivencia de la libertad. Es mejor ser libre que tener libertad (si bien ello no significa que tenerla sea desdeñable). Dicha condición hace posible que personas que han experimentado graves privaciones en su albedrío hayan tenido, sin embargo, experiencias profundas de libertad (3). Justo porque el ser es inalienable, también la libertad profunda lo es. Aunque existan situaciones externas

—sociológicas, físicas, psicológicas o patológicas—que puedan impedir parcialmente su uso, hay algo que la libertad humana, por condicionada que esté, nunca es incapaz de hacer, y que es precisamente lo que la cualifica de modo más genuino como humana: amar.

Con la edad, la enfermedad o el declive biológico, un hombre puede llegar a considerarse inútil, incapaz de aportar nada a los demás, y hay muchas personas a las que dicha perspectiva se les antoja una carga demasiado penosa para sobrellevarla. Pero siempre se es capaz de dar y recibir cariño, que es algo mucho más valioso que un bien mercantil.

El sufrimiento humano —al igual que la muerte— es una realidad profundamente antropológica. No es sólo el dolor físico producido por una deficiencia somática. Esto se soslaya con frecuencia porque se ha difundido un concepto exclusivamente biologista del ser humano, cuya insuficiencia subraya A. Frossard:

"Reducir el ser humano a su dimensión física es tan absurdo como hacer del Requiem de Mozart una cuestión de decibelios, o como despreciar *La Encajera* del pintor Vermeer con el pretexto de que no se ve desde la luna. Siguiendo a Pascal, se debería saber que el hombre ocupa una posición intermedia entre lo infinitamente grande y lo infinitamente pequeño. Si su dimensión física, vista desde lejos, es insignificante, su dimensión espiritual sobrepasa todos los puntos de observación imaginables"(4).

Debido a la radical unidad psicofísica del ser humano, el dolor biológico va siempre unido a un significado, a un sentido espi-

tual. El sufrimiento es ambivalente, porque consta de estos dos elementos: el dolor y el sentido que damos a ese dolor. En el terreno más propiamente antropológico, el sufrimiento puede destruir al hombre, pero también —y por la misma razón— puede enriquecerle profundamente. Sufrir es elevar un acontecimiento meramente biológico a una categoría moral superior. Se puede sufrir ateniéndose sólo al mal físico (sufrir de), y entonces el sufrimiento es decepcionante, pero también cabe sobredimensionar ese dolor y ofrendarlo a alguien (sufrir por), y en ese caso es algo muy valioso, aunque no deje de ser una carencia (falta de salud)(5). Esta capacidad de ofrenda, de dedicación, es el acto del otorgamiento de sentido, que en algunos planteamientos de Husserl y Heidegger aparece como la operación humana más característica (*Sinngebung*)(6).

Por su parte, la experiencia nos muestra que el sufrimiento puede tener efectos muy positivos. Desde el punto de vista médico, el dolor es bueno ya que aporta una indicación de que algo va mal en el organismo y posibilita que pongamos el remedio adecuado. Desde el ángulo antropológico, compartir el sufrimiento es algo que puede unir profundamente a las personas entre sí, estableciendo vínculos morales de gran hondura y solidez. Cualquier persona que ha amado en serio sabe que el amor no estriba en la pura afectividad, y no duda al distinguirlo de la sensiblería romántica. El amor se aquilata en el sufrimiento: más que pasarlo bien con alguien, se demuestra en estar dispuesto a pasarlo mal por él, si bien ambas cosas no son incompatibles. Ciertamente que la vida humana tiene momentos felices y momentos amar-

gos, pero justo por ello quien sólo está dispuesto a compartir las alegrías y no los sufrimientos desconoce la realidad del amor, porque mutila su dimensión trascendente, su consistencia frente a las eventualidades y al tiempo. Continúa Frossard:

"Un amor que no tuviera el sentimiento de ser eterno no habría comenzado nunca. Hay un completo error sobre la naturaleza del amor humano y el origen del compromiso conyugal. La religión no ha hecho nunca más que sacralizar una situación ya existente: el amor ha precedido a los ritos, y el misterio del afecto humano no es resultado de los grandes interrogantes religiosos, sino una de sus causas. Se comete igualmente una equivocación acerca del proceso del compromiso, que no conduce al cansancio y al aburrimiento, tristes residuos de un egoísmo insoluble, sino al lento e impresionante descubrimiento de las inmensas profundidades del ser humano, que se ponen de relieve en las pruebas y sufrimientos compartidos, para acabar ante un infinito que se apoderará de uno y dejará al otro solo con sus recuerdos, su vértigo, sus lágrimas y esa certidumbre de haber amado, único bien inalienable que se puede alcanzar en este mundo y llevarse consigo al más allá (7).

La reivindicación del supuesto derecho a una "muerte digna" sólo puede entenderse en una cultura que ha hecho del bienestar un valor absoluto y que, por tanto, lo identifica sin residuos con la felicidad. En las sociedades occidentales existe un pánico cerval al dolor; todo está diseñado para esquivar el sufrimiento, incluso para ignorarlo cuando está presente. Pero dado que ésta es una dimensión inevitable de la vida humana, se

trata de un diseño ficticio, irreal. El único enfoque parcialmente practicable de ese diseño, en consecuencia, es la evasión de la realidad, los procedimientos para lo cual han adquirido en nuestro momento histórico una variedad y accesibilidad inquietantes (8). En una cultura hedonista el dolor se antoja insoportable muy pronto, y escandaloso, cuando no desesperante.

El artificial desacostumbrarse al dolor disminuye también la capacidad de compadecerse de los que sufren. La insolidaridad que caracteriza cada vez más al Estado del Bienestar en gran parte procede de ese desacostumbramiento. Quien se dedica a la ficción hedonista de acumular la mayor dosis de placer con el menor esfuerzo posible acaba por perder toda sensibilidad ante el dolor de los demás y por ignorarlos. Por el contrario, quien ha asumido positivamente el sufrimiento propio es más capaz de comprender el ajeno y de procurar aliviarlo.

Una vida humana sin dolor es irreal. Es natural que se ponga todo el esfuerzo, el empeño y la tecnología para disminuir las dosis de sufrimiento físico y moral, pero no conseguiremos conjurarlo por completo en la vida presente. Sí que cabe –y es una posibilidad ciertamente hermosa– procurar paliarlo, aligerarlo, asumirlo y darle un sentido. Tal es la nobleza de la profesión médica.

En relación al papel del médico en la eutanasia, no se puede obviar el hecho de que éste pone medios directos para acabar con una vida humana, aún en el caso de que se encuentre en fase terminal o de que lo haga a petición del paciente. No cabe decir que el médico es un mero auxiliar de la voluntad del paciente porque no se muere

al igual que tampoco se vive—merced a un acto de voluntad. En efecto, el pseudo—médico que practica la eutanasia no lo hace a base de sugestión mayéutica, sino con un fármaco o una inyección letal, es decir, poniendo activamente unos medios naturalmente orientados por una intencionalidad muy concreta. Completamente distinto, en cuanto a su cualidad moral, es el caso de quien se niega a prolongar artificialmente un estado vegetativo —al que razonablemente no se ve salida— evitando hacer el uso extraordinario de medios curativos que ha venido en llamarse "ensañamiento terapéutico". La irreductibilidad de estas dos situaciones estriba en que, mientras en la primera existe la comisión de una acción indebida, deontológicamente contraria al ser y la función de la medicina (curar o, al menos, paliar), en la segunda se verifica la omisión de un acto médico no exigible en determinadas circunstancias.

La medicina siempre ha tenido y tendrá por delante más desafíos que conquistas en su haber. También en este sentido la eutanasia es inhumana porque supone dimitir de todo esfuerzo y el hombre, por naturaleza, es un "solucionador de problemas"(10). La medicina ha de enfrentar problemas novedosos con creatividad e imaginación. Con la eutanasia, por el contrario, no se soluciona nada; más bien se elimina el problema. Pero para eso —cabría objetar— no hace falta un médico sino un verdugo.

Por último, los argumentos a favor del supuesto "derecho a morir dignamente" suelen obviar un elemento que, de existir dicho derecho, le sería necesariamente correlativo, a saber, el "deber de matar dignamente", deber cuyo titular sería, sin duda, el médico,

a quien los partidarios de la eutanasia parecen reconocer, a su vez, el derecho a la objeción de conciencia. Todo esto es rocambolesco y, si se convierte en una vigencia social el que un médico tenga que apelar a la objeción de conciencia para no ejercer una acción socialmente debida consistente en matar, podemos llegar al extremo de que tengan que proliferar asociaciones de médicos que pretenden ejercer la medicina (11).

Bibliografía:

1 Vid. J.—P. Sartre, *L'être et le néant*, Paris, Gallimard, 1988. Una discusión implícita de esta tesis sartreana y una descripción fenomenológica de la libertad en el acto de la angustia —a la que dicha tesis conduce— puede encontrarse en A. Millán-Puelles, *La estructura de la subjetividad*, Madrid, Rialp, 1967, pp. 410-417.

2 Por una parte, no cabe confundir la libertad con la indeterminación ya que, aunque la libertad en sentido psicológico incluye cierta indeterminación (libertas a coacción), no ocurre a la inversa: no toda indeterminación es libre. Por otro lado, tampoco la libertad podría consistir en mera espontaneidad, pues decir que de la naturaleza de algo surge espontáneamente otra cosa —sin violencia— es lo mismo que decir que ésta surge de aquella necesaria, no libremente (Vid. A. Millán-Puelles, *El valor de la libertad*, Madrid, Rialp, 1995, pp. 20 y ss).

3 Es el caso de la experiencia de V.E. Frankl en un campo de concentración nazi, durante la segunda guerra mundial. Vid. su libro, parcialmente autobiográfico, *El hombre en busca de sentido*, Barcelona, Herder, 1989, 10ª ed.

4 A. Frossard, *Preguntas sobre el hombre*, Madrid, Rialp, 1994, p. 19.

5 Tal es el significado que tiene el concepto de sacrificio, presente en todas las religiones. Vid. L. Kolakowski, *Si Dios no existe....* Madrid, Tecnos, 1988, p. 53 y ss.

6 V.E. Frankl fundamenta en este concepto toda su propuesta psicoterapéutica. Vid. sus trabajos titulados *Ante el vacío existencial* (1984) y *La voluntad de sentido* (1988), ambos publicados en Barcelona, Herder.

7 A. Frossard, cit., p. 51.

8 Además del clásico recurso al alcohol, hoy contamos con la droga, los juegos de azar, los juegos de "rol", los videojuegos, el zapping, la realidad virtual, las líneas de party telefónico, las autopistas de la información y el ciberespacio, etc.

9 Esta ha sido la actitud de la comunidad internacional, con honrosas excepciones, en relación a la guerra en la antigua Yugoslavia. Durante casi cuatro años Europa ha cerrado los ojos ante atrocidades genocidas con la única preocupación de que el conflicto no saliera de las fronteras bosnias y afectara a los países vecinos, al tiempo que la ONU los abría bien, pero sólo para contar los abusos que lanzaban los señores de la guerra serbios sobre la población civil bosnia y croata, prácticamente indefensa

hasta casi el final de la guerra por virtud de un embargo de armas que convirtió a Bosnia Herzegovina en una auténtica ratonera. El pueblo bosnio ha tenido, por fin, que soportar la humillación de ver que durante las negociaciones de paz y la firma de los acuerdos de Dayton, sus representantes eran tratados por la ONU y la comunidad internacional en pie de igualdad con los promotores de esta brutal agresión.

11 L. Polo, *Quién es el hombre....* Madrid, Rialp, 1991, p. 20.

12 Es el caso de una, ya existente, con este paradójico nombre: "Federación Mundial de Médicos que respetan la Vida Humana", presidida por el holandés Karl Gunning.

LA EUTANASIA EN NIÑOS EN HOLANDA: ¿EL FINAL DE UN PLANO INCLINADO?

EUTHANASIA IN CHILDREN IN NETHERLANDS. THE END OF A SLIPPERY SLOPE?

José Manuel Moreno Villares

Hospital 12 de Octubre.

28041 Madrid

Tfno y fax: 913908318

E-mail: jmoreno.hdoc@salud.madrid.org

María José Galiano Segovia

Centro de Salud Panaderas.

Fuenlabrada. Madrid.

Resumen

La Sociedad Holandesa de Pediatría acaba de aceptar la eutanasia en recién nacidos con una calidad de vida muy pobre, en circunstancias excepcionales y bajo condiciones muy estrictas, siguiendo la línea establecida por los doctores Eduard Vergahen y Peter Sauer, de la Universidad de Groningen. Estos autores publicaron recientemente en *New England Journal of Medicine* el protocolo en el que explican los distintos pasos para llevar esta práctica a cabo con el consentimiento de los padres de los niños. Los requerimientos son muy sencillos: un sufrimiento incontrolable y desesperado, un diagnóstico y un pronóstico ciertos, la confirmación por otro médico, el consentimiento de los padres y que se trate de una práctica médica aceptada.

Inevitablemente estas consideraciones llevan a un peligroso plano inclinado. Los argumentos que manejan estos autores son extremadamente simplistas y están ba-

sados en un criterio utilitarista que considera el sufrimiento como el mayor de los males posibles.

El tratamiento del dolor y del sufrimiento es un deber ineludible de cualquier médico. Hay suficientes estudios a lo largo de los últimos 15 años que demuestran que se puede administrar a los recién nacidos y lactantes anestesia y sedación de una forma segura, siempre que se realice ajustando adecuadamente las dosis a la edad y a la situación clínica. Además, el desarrollo de los Cuidados paliativos ha permitido mejorar la calidad de vida, mantener la dignidad y disminuir el sufrimiento de niños gravemente enfermos y también en sus familiares de acuerdo con sus valores, educación y creencias. Causar directamente la muerte mediante la administración de dosis letales de fármacos es una práctica éticamente inaceptable. Parece necesario tener una gran precaución y sensibilidad ante iniciativas como el protocolo de Groningen.

Palabras clave: Sufrimiento, muerte, eutanasia, cuidados paliativos, dolor.

Abstract

The Dutch Paediatric Society has recently accepted neonatal euthanasia in exceptional circumstances and under strict conditions following the advises of Dr E Vergahen and Dr. P Sauer, at the centre of an international controversy about euthanasing infants with extremely poor quality of life. These authors have used the New England Journal of Medicine to publicise their ticklist for determining when doctors can legitimately kill children with their parents' consent. Their requirements are simple: hopeless and unbearable suffering, a certain diagnosis and prognosis, confirmation by another doctor, the informed consent of the parents, and accepted medical practice.

Inevitably, such considerations lead to worries about slippery slopes. The arguments given by the authors seem quite simplistic and are based on the utilitarian principle that suffering is the worst possible evil.

Treatment of pain and suffering should be a priority for all the clinicians. Studies over the past 15 years suggest that neonates, infants, and children can receive analgesia and anaesthesia safely, with proper age-related adjustments in clinical practice and dosing. Besides the development of palliative care has allowed to improve the quality of life, to maintain the dignity, and to ameliorate the suffering of seriously ill or dying children as well as in their families in ways that are appropriate to their upbringing, culture and community. Directly bringing about death of children through use of lethal drugs is found ethically unacceptable. Great caution and care are necessary.

Key words: Suffering, death, euthanasia, palliative care, pain.

1. Introducción

El profesor Weisel, catedrático de Filosofía en Boston y premio Nóbel de la Paz en 1986, escribía recientemente en la revista *New England Journal of Medicine*, a propósito de la colaboración de los médicos con el régimen de Hitler en la 2ª Guerra Mundial, que su motivo inicial fue «desembarazarse de bocas inútiles: los enfermos terminales, los niños y los ancianos que habían sido condenados a la mala suerte por la naturaleza y al sufrimiento y al temor por Dios»¹. De esta manera, «en vez de realizar su tarea, de llevar consuelo y alivio a los que más lo necesitaban, en vez de ayudar a los incapacitados a vivir, a comer, a tener esperanza un día o una hora más, los médicos se habían convertido en sus verdugos».

Esta práctica entroncaba con una mentalidad eugenésica que había nacido en Europa y Estados Unidos a finales del siglo XIX y se había extendido, sobre todo en algunos ámbitos intelectuales, en los comienzos del siglo XX y que culminó con las atrocidades del régimen nazi². El programa inicial desarrollado por Hitler y sus colaboradores se denominó «Gnaden Tod» o muerte de gracia.

La primera víctima del programa de «eutanasia» emprendido por la Alemania nazi fue un niño (conocido como «el niño K» o «niño Knauer»), aquejado de malformaciones físicas y retraso mental, que

recibió una inyección letal de Luminal en el hospital de Leipzig tras la petición de su padre para que se le aplicara la eutanasia. Los médicos y las matronas estaban obligados a notificar aquellos nacimientos en los que hubiera indicios de alguna malformación física o mental. Se hacía un seguimiento exhaustivo de estos niños y, en caso de que presentaran una enfermedad irreversible e incapacitante, se les enviaba a unos departamentos especiales de los servicios de pediatría de los hospitales generales («*Kinderfachabteilung*») donde se practicaba la eutanasia. Antes de morir, los niños debían ser valorados por tres pediatras y si había unanimidad entre ellos de que se trataba de una enfermedad intratable e incurable, se les sometía a eutanasia. Al contrario que en la «eutanasia» de adultos aquí se intentaba involucrar a la familia y obtener su aceptación³.

Apenas 60 años después, la Sociedad Holandesa de Pediatría, siguiendo las sugerencias de los autores del protocolo de Groningen, acaba de declarar que «en determinadas circunstancias y bajo un estricto control, terminar con la vida de algunos neonatos gravemente enfermos puede ser una opción válida». Es ahora el gobierno holandés quién tiene la última palabra⁴. Los antecedentes se encuentran en abril de 2002 cuando se aprobó en Ho-

1 Wiesel E. «Without conscience». *New England Journal of Medicine* 352, (2005), 1511-3.

2 Black E. *War against the dead*. 2005. www.amazon.com

3 García Marcos JA. «La medicina sin rostro humano. «Eutanasia» y experimentos médicos durante el Tercer Reich.» *Medicina e Historia*, Cuarta Época nº 1, (2005), pag. 1-16.

4 «Dutch doctors unanimous on non-voluntary eutanasia for children». <http://www.australasibioethics.org/Newsletters/168-2005-07-19.html> (consultado el 20 de julio de 2005)

landa una ley que permite a los médicos practicar la eutanasia o colaborar en el suicidio de pacientes mayores de 18 años que se lo soliciten. Ambas prácticas están también autorizadas en jóvenes de 16 y 17 años cuando los padres estén informados (aunque no se precisa su consentimiento) y en menores entre 12 y 16 años cuando los padres aprueben esta petición. La eutanasia no está permitida en ningún caso en menores de 12 años, como tampoco lo está la administración de fármacos en dosis letales sin una petición expresa del paciente. La práctica ha demostrado, sin embargo, que esta última condición no siempre se cumple y es cada vez mayor el número de enfermos a los que se practica la eutanasia sin su consentimiento. Muy recientemente, un grupo de pediatras holandeses, encabezados por Eduard Vergahen, partidarios de la legalización de la eutanasia en niños con una calidad de vida muy limitada, han utilizado las páginas del *New England Journal of Medicine*⁵ y de la prestigiosa revista *Pediatrics*⁶ para detallar la lista de situaciones en las que el médico podría poner fin a la vida de un niño con el consentimiento de sus padres. Los autores defienden que el protocolo es una guía que indica al médico cómo actuar en los casos en los que un recién nacido con una enfermedad grave experimenta un sufrimiento insoportable

que no puede aliviarse con los cuidados médicos.

Tanto el Dr Vergahen como su colega, Pete Sauer, trabajan en la Clínica Infantil Beatrix de la Universidad de Groningen, lo que ha hecho que el citado protocolo se conozca como «Protocolo de Groningen».

El autor ha acompañado esta publicación de una serie de apariciones en los medios de comunicación, en las que reconoce su participación activa en la muerte de recién nacidos con formas graves de espina bífida⁷ y en las que pretende poner de manifiesto lo que considera una práctica habitual en muchos países del mundo⁸. En el artículo citado los autores estudiaron 22 casos de eutanasia a bebés, realizados en la clínica donde trabajan, sin que hubiera repercusiones judiciales.

El protocolo no es una iniciativa aislada, sino que puede considerarse como el producto final de una serie de casos en la historia de la neonatología holandesa. Ya en 1993 la Justicia de aquel país absolvió a los doctores Kadjik y Prins, que provocaron la muerte de niños de pocos días con malformaciones congénitas a petición de sus padres, por «actuar responsablemente y de acuerdo con la ética médica vigente».

No está de más recordar que la eutanasia está penalizada en nuestro Código Penal (artículo 143) con penas de prisión

5 Vergahen E, Sauer, PJJ. «The Groningen protocol. Euthanasia in severely ill newborns». *New England Journal of Medicine* 352, (2005), 959-62

6 Vergahen AAE, Sauer, PJJ. «End-of-Life decisions in newborns: an approach from the Netherlands». *Pediatrics* 116 (2005); 736-739.

7 (publicación en línea) <http://www.lifesite.net/ldn/2005/apr/05042706.html> (consultado el 4 de mayo de 2005)

8 (publicación en línea) <http://www.lifesite.net/ldn/2004/dec4121407.html> (consultado el 4 de mayo de 2005)

de hasta 5 años. Por otra parte, el Código Deontológico de la Organización Médica Colegial señala que «el médico nunca provocará intencionadamente la muerte de ningún paciente, ni siquiera en caso de petición expresa por parte de éste». La Asociación Médica Mundial en su «Declaración sobre la Eutanasia» expresa claramente que «la eutanasia, aún a petición del paciente, no es ética. Esto no implica que el médico no respete el deseo del paciente de permitir que llegue la muerte como parte de la fase terminal de la historia natural de la enfermedad»⁹.

Las posiciones de estos pediatras holandeses han generado una gran controversia, y se han visto avaladas por conocidos defensores de la eutanasia desde el mundo de la Bioética, en especial el profesor Peter Singer, director del departamento de Bioética de la Universidad de Princeton, o el director de la revista *American Journal of Bioethics*, Glen McGee. Aunque la Asociación Española de Pediatría no ha hecho ninguna comunicación oficial, su presidente el Dr Alfonso Delgado ha manifestado con rotundidad su oposición a esta práctica. También se han oído voces prudentes desde altas instancias del Ministerio de Sanidad y Consumo.

El problema parece haber quedado reducido a una mera cuestión de sentimientos, como bien se muestra en las declaraciones de Vergahen: «La muerte puede ser más humana que continuar viviendo si vivir entraña un considerable

sufrimiento». Lamentablemente, como hemos comentado con anterioridad, la historia reciente muestra cómo la eliminación de personas con discapacidad, en especial retraso mental, era justificada con el pretendido fin de terminar existencias llenas de sufrimiento¹⁰.

2. Conceptos en relación a la atención médica en el momento de la muerte

Los avances de la medicina de la segunda mitad del siglo XX han contribuido a prolongar de forma notable la esperanza de vida de las personas en el mundo desarrollado. Se dispone de medidas capaces de dar soporte vital prolongado a pacientes en situaciones críticas. Como contrapeso, a veces estas medidas se han aplicado o se aplican a pacientes con enfermedades irreversibles produciendo sufrimientos inútiles. Por otro lado, el desarrollo científico de los cuidados paliativos proporciona recursos capaces de aliviar los sufrimientos en el final de la vida.

En este contexto de toma de decisiones en el final de la vida se han levantado algunas voces solicitando una legalización permisiva para la actuación médica encaminada a finalizar la vida del enfermo que así lo solicite, cuando concursen determinadas circunstancias de intenso sufrimiento y deterioro de la calidad de vida.

⁹ World Medical Association. *Medical Ethics Manual*. 2005. Capítulo 2, pags. 34-61.

¹⁰ Beddies T, Schmiedebach HP. Euthanasia. «Victims and test subjects. The fate of diseased, disabled children in Berlin during World War II». *Medizinhist J* 39, (2004), 165-196.

Si algo ha contribuido a oscurecer el debate sobre las decisiones en el momento de la muerte ha sido el mal uso de los conceptos de las prácticas relacionadas con este momento. Parece necesario, por tanto, esclarecer estos conceptos. Entendemos por *eutanasia* la conducta (acción u omisión) intencionalmente dirigida a terminar con la vida de una persona que tiene una enfermedad grave e irreversible, por razones compasivas y en un contexto médico¹¹. Hablamos de *Tratamientos paliativos que pueden acortar la vida*, el empleo de analgésicos o sedantes en las dosis necesarias para alcanzar los objetivos terapéuticos (alivio de los síntomas, especialmente el dolor), aunque se pudiera ocasionar indirectamente un adelanto del fallecimiento. El *suicidio médicamente asistido* consiste en la colaboración del médico u otro personal sanitario con el paciente que voluntariamente quiere poner fin a su vida. Desde el punto de vista moral no existe diferencia entre la eutanasia y el suicidio asistido por un médico, como tampoco la hay entre contribuir a la muerte mediante la administración de fármacos letales y la omisión de tratamientos necesarios. Por último, la renuncia a un tratamiento desproporcionado o con probabilidades de éxito dudosas no debe confundirse con una conducta suicida.

11 Altisent Trota R, Porta I Sales J, Rodeles del Pozo R, Gisbert Aguilar A, Loncan Vidal P y cols. «Declaración sobre la eutanasia de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos». *Medicina paliativa* volumen 8, n° 1 (2002), 37-40.

3. Prevalencia de decisiones relacionadas con el final de la vida. Práctica de la eutanasia

Holanda, Bélgica, Australia y alguno de los estados norteamericanos han sido los primeros países en publicar estudios sobre la incidencia de determinadas prácticas médicas en el final de la vida, aunque en muchos otros se han realizado encuestas entre los médicos en relación con las decisiones en ese momento. En el año 2000 se encontró que se producía una toma de decisiones sobre el final de la vida en entre un 23% y un 51% de los fallecimientos en Italia y Suiza respectivamente. Se practicó eutanasia en el 2,59% de las muertes en Holanda, además de suicidios asistidos por un médico en un 0,212%. Por el contrario, ambas prácticas no se realizaron en Suecia en el mismo período¹². En Holanda en el año 2001, el 20% de todos los fallecimientos estuvieron precedidos por el uso de un fármaco para aliviar el dolor u otros síntomas y que pudieron tener efectos sobre el acortamiento de la expectativa de vida; un 3,5% de las muertes estuvieron precedidas por el uso de fármacos letales, generalmente a petición del paciente¹³.

12 Van der Heide A, Deliens L, Faisst K, Nilstun T, Norup M, Paci E, van der Wal G, van der Maas PJ. «End-of-life decision-making in six European countries: descriptive study». *Lancet* 362, (2003), 345-50.

13 Onwuteaka-Philipsen BD, van der Heide A, Koper D, Keij-Deerenberg I, Rietjens JA, Rurup ML, et al. «Euthanasia and other end-of-life decisions in the Netherlands in 1990, 1995, and 2001». *Lancet* 362, (2003), 395-9.

En 1995, en el 23% de las muertes de recién nacidos y lactantes se usaron fármacos para aliviar el dolor u otros síntomas y que pudieron acortar la duración de la vida, y en un 9% se utilizaron fármacos letales¹⁴. Se estima que alrededor de 15 recién nacidos reciben la eutanasia anualmente en Holanda, generalmente con espina bífida grave o que padecieron una hipoxia grave en el parto. Estas cifras pueden reflejar en alguna medida el estado de opinión de un número grande de médicos en Holanda, al menos si lo referimos a los resultados de la encuesta publicada recientemente en *Journal of Pediatrics*¹⁵. En ella una sustancial proporción de médicos (pediatras, médicos generales y otros especialistas) usarían fármacos para acabar con la vida de un niño, aunque las proporciones varían de acuerdo con el género del entrevistado —las mujeres son menos partidarias— y sus valores morales.

Los resultados de esta encuesta son una muestra más de lo que ocurre cuando una práctica se ve respaldada por la ley: se produce un efecto de plano inclinado («slippery slope») que lleva a que un número creciente de personas consideren aceptables prácticas que «a

priori» no apoyarían^{16,17}. Los resultados, en todo caso, deben ser interpretados con mucha cautela y no pueden extrapolarse fuera de las circunstancias especiales de Holanda.

4. ¿Qué se esconde detrás de la eutanasia?

La sociedad moderna concentra sus esfuerzos en evitar el sufrimiento, aunque paradójicamente una actitud motivada absolutamente por el intento de evitar el sufrimiento es la que genera el verdadero sufrimiento.

La extremada concentración en el puro exterminar el sufrimiento, renunciando a cualquier interpretación, es la eutanasia. Cuando ya no se puede detener el sufrimiento, se acaba con la vida, pues una existencia así ya no tiene sentido.

Bajo la cuestión de la eutanasia late un debate intelectual y filosófico bien conocido. Por un lado, los que afirman que la capacidad de autodeterminación del ser humano es total y absoluta, de manera que estaría legitimado el ejercicio de la libertad de quien decide poner fin a la propia vida. Una persona capaz puede, por tanto, determinar el momento de finalizar la propia vida cuando considere que ya no es digna de ser vivida. Por otro lado se sitúan los que contemplan

14 Van der Heide A, van der Maas PJ, van der Wal G, de Gras CL, Kester JG, Kollee LA, et al. «Medical end-of-life decisions made for neonates and infants in the Netherlands». *Lancet* 350, (1997), 251-5.

15 Vrakking AM, van der Heide A, Looman CWN, van Delden JJM, Onwuteaka-Philipsen BD, van der Maas J, van der Waal G. «Physicians' willingness to grant requests for assistance in dying for children: a study of hypothetical cases». *Journal of Pediatrics*; 146, (2005), 611-7.

16 Orłowski JP, Smith ML, van Zwiwnnen J. «Pediatric euthanasia». *American Journal of Diseases of Children* 146, (1992), 611-7.

17 Visser HKA, Aartsen HGM, de Beaufort ID. «Medical decisions concerning the end of life in children in the Netherlands». *American Journal of Diseases of Children* 146, (1992), 1429-31.

la vida como un don recibido que se debe administrar autónomamente, pero sin que esto se traduzca en su disponibilidad absoluta. Un segundo concepto que entra en juego es el de la dignidad humana. Para los partidarios del segundo grupo, la dignidad humana se entiende como intrínseca («congénita» podríamos decir) y ligada a la vida desde su inicio independientemente de sus condiciones concretas, lo cual está estrechamente vinculado a la base de los derechos humanos fundamentales y a la radical igualdad de los seres humanos. Para los del primer grupo, la dignidad humana se entiende como un punto de llegada, ligada a la calidad de vida y como un resultado de la misma; de tal manera que ante situaciones de pérdida de la calidad de vida, se puede entender que ésta ya no merece ser vivida, porque ya se ha perdido la dignidad y sin ella la vida no tiene sentido. Para los más extremistas defensores de esta postura, no sólo es que no sea una vida digna de ser vivida, sino incluso podría considerarse que ese ser humano ya no es persona, y que como «no-personas» su existencia carece de sentido¹⁸.

5. Decisiones al final de la vida en el niño gravemente enfermo

Las dos condiciones que señala el protocolo de Groningen para la valoración de eutanasia en un recién nacido

son «pronóstico sin esperanza» (mala calidad de vida) y un «sufrimiento incontrolable». Aunque consideramos que el sufrimiento es un sentimiento subjetivo, los pacientes adultos pueden indicar el grado de sufrimiento mediante distintas herramientas: cuestionarios, escalas analógicas de dolor, etc. Los recién nacidos y los lactantes no pueden expresar con palabras la intensidad de su dolor, aunque diversos comportamientos fisiológicos (frecuencia cardíaca, tensión arterial, etc) o actitudes del niño pueden ayudar a determinar el grado de dolor o de malestar de estos pequeños pacientes. Es más difícil determinar la capacidad que tienen los neonatos de padecer sufrimiento psicológico.

El tratamiento del dolor y del sufrimiento debería ser una prioridad para cualquier clínico¹⁹. A pesar de los avances en analgesia y anestesia que permiten usar de forma segura fármacos para el control del dolor en este grupo de edad, su empleo dista de estar generalizado. El uso de este arsenal terapéutico en el paciente pediátrico requiere tener un buen conocimiento de los cambios farmacocinéticos y farmacodinámicos que se producen durante el desarrollo²⁰.

Hay situaciones en las que puede ser más difícil controlar el dolor, pero sobre todo limitar el sufrimiento, como puede

19 Walco GA, Cassidy RC, Schechter NL. «Pain, hurt, and harm: the ethics of pain control in infants and children». *New England Journal of Medicine* 331, (1994), 541-4.

20 Berde CB, Sethna NF. «Analgesics for the treatment of pain in children». *New England Journal of Medicine* 347, (2002), 1094-1103.

18 Harris J. «Consent and end-of-life decisions». *Journal of Medical Ethics* 29, (2003), 10-15.

ser, por ejemplo, en recién nacidos con graves secuelas neurológicas o con anomalías congénitas de mal pronóstico; no sólo en el niño —mucho más difícil de estimar cuando no nos limitamos exclusivamente al dolor— sino, sobre todo, a su familia. A la vista de la dificultad de inferir el sufrimiento psicológico en los recién nacidos cabe preguntarse, como lo hace el neonatólogo italiano C Bellieni, «...la eutanasia neonatal no cura el sufrimiento de los neonatos. Sería más correcto decir que ayuda a los adultos (padres, cuidadores, etc.); pero ¿podemos aceptar la idea de que alguien pueda ser asesinado para satisfacer las necesidades de otro?».

Un grupo de voces como la del Dr. Vergahen abogan por abrir la puerta a la autorización de prácticas encaminadas a terminar con la vida de ese niño, con el fin de acabar con su sufrimiento. En esta posibilidad no sólo se incluyen los pacientes gravemente enfermos, en una unidad de cuidados intensivos y con un pronóstico pobre, sino también los pacientes sin grave riesgo vital pero con lesiones irreversibles, fundamentalmente neurológicas y que condicionarían gravemente su calidad de vida. Con la elaboración de un protocolo para regular esta práctica se pretende dar un marchamo científico y un referente legal a lo que es una toma de posiciones basadas en los propios valores. Como se refiere en el citado artículo, los médicos basan sus decisiones «en la presencia de un sufrimiento intenso sin posibilidad de alivio», aunque en ningún momento se detallan las características de esa situación, ni desde el punto de vista

fisiológico ni psicológico. De esta guisa, una misma situación clínica puede ser considerada por unos padres o por un médico como «sufrimiento inaguantable», mientras que para otros puede entenderse como parte del proceso de enfermar. Esta postura se vio claramente en la correspondencia publicada en la revista *New England Journal of Medicine* a raíz del artículo original²¹.

En realidad, el protocolo elaborado conjuntamente con la Fiscalía regula el procedimiento a seguir para aplicar la eutanasia a recién nacidos dentro de los márgenes legales que la consideran aceptable. Su objetivo es el de servir para controlar jurídicamente una práctica que se lleva a cabo desde hace años de un modo silencioso y sin control en los hospitales holandeses. Para ellos el protocolo no sería el punto final de una pendiente resbaladiza, sino «una consecuencia racional lógica, signo de evolución de la práctica médica en su lucha por defender el derecho del paciente a una calidad de vida mínima».

El Grupo de Trabajo sobre Ética de las Conferencias de Especialistas Europeos en Pediatría publicaron en 2001 una lista de principios éticos que pertenecen a todo recién nacidos (Tabla 1). En su punto 12 señala que «cualquier forma de muerte intencionada en pediatría debería rechazarse», aunque hace un apunte sobre el uso de fármacos encaminados a aliviar los síntomas pero que pueden tener

21 Curlin FA. «Euthanasia in severely ill newborns». *New England Journal of Medicine* 352, (2005), 235.

TABLA 1
PRINCIPIOS ÉTICOS QUE PERTENECEN A TODO RECIÉN NACIDO.
GRUPO DE TRABAJO SOBRE ÉTICA DE LA CONFEDERACIÓN EUROPEA
DE ESPECIALISTAS EN PEDIATRÍA

1. Cada individuo humano es único y tiene el derecho a vivir su propia vida.
2. Cada persona humana tiene su propia integridad que debe ser reconocida y protegida.
3. Cada persona humana tiene el derecho de recibir el tratamiento y la atención óptima.
4. Cada individuo humano tiene el derecho de participar en la sociedad y en lo que la sociedad tiene que ofrecer.
5. El objetivo de todas las medidas y decisiones debería estar centrado en los «mejores intereses» del paciente.
6. Las decisiones no deberían estar influidas por los puntos de vista personales o sociales de los cuidadores sobre el valor de la vida.
7. La discapacidad o el retraso mental no son suficientes razones para parar un tratamiento.
8. No iniciar o retirar medidas de soporte vital son éticamente equivalentes.
9. Las decisiones de no iniciar o retirar un tratamiento deberían acompañarse siempre de un tratamiento paliativo de calidad y unos cuidados dignos y reconfortantes.
10. La opinión de los padres o representantes legales debe formar parte de las decisiones médicas.
11. En caso de situaciones poco claras o de opiniones discrepantes entre los miembros del equipo médico o entre éste y los padres debería acudir a la mediación de una segunda opinión.
12. Toda forma de causar la muerte de forma intencionada debe ser rechazada en pediatría.
13. Las decisiones nunca deben tomarse apresuradamente y deberían realizarse teniendo en cuenta todas las evidencias científicas posibles.

como consecuencia un acortamiento de la vida²². Llama poderosamente la atención que el primer autor de este trabajo sea el mismo PJJ Sauer que se declara partidario de la eutanasia en niños en determinadas circunstancias. Sauer se ha reafirmado posteriormente en su aceptación de procedimientos encaminados a terminar con la vida del paciente²³.

El tratamiento o manejo clínico de los enfermos terminales en el final de la vida, es decir, de los enfermos abocados inexorablemente por el fracaso multiorgánico a una muerte inmediata o muy próxima —de horas o días— (situaciones clínicas primera y segunda del artículo de Vergahen citado) se enfrenta frecuentemente a la necesidad de aliviar signos y síntomas que provocan dolor y sufrimiento en el paciente y angustia en sus familiares, síntomas que en la mayoría de ocasiones pueden ser superados mediante una adecuada medicación, analgesia y/o sedación. «En algunos casos el intenso malestar que experimentan estos enfermos o alguno de sus síntomas se muestran refractarios a todo tratamiento convencional, es decir, los fármacos o los remedios aplicados (la analgesia, la broncodilatación, la oxigenoterapia, las sedaciones de bajo dintel, etc) fracasan

radicalmente; y es entonces cuando, para proteger al enfermo de su grave sufrimiento, el objetivo de disminuir su nivel de conciencia mediante la sedación paliativa o terminal se convierte en un verdadero objetivo terapéutico. Incluso si de tal sedación se derivara un deterioro de la precaria o exigua salud del enfermo y en consecuencia su muerte» (Declaración del Colegio de Médicos de Madrid. En torno a los sucesos del hospital «Severo Ochoa» de Leganés de la Comunidad de Madrid») En estas condiciones y desde esta bien definida intención, la sedación paliativa o terminal es un acto médico y humanitario, jamás una eutanasia.

En el objetivo de conseguir una «buena muerte» o, lo que es lo mismo, la excelencia de los cuidados para el paciente que va morir, es preciso disponer de indicadores que midan la calidad del proceso de los cuidados (como proporcionar apoyo emocional y espiritual) y la obtención de los resultados valorados por los pacientes y sus familiares (como verse libres de dolor o morir en el lugar que uno elige)^{24, 25}.

El desarrollo de los Cuidados Paliativos se basa en el reconocimiento de que personas de cualquier edad mueren y que la atención de los cuidadores debería estar dirigida a aliviar el dolor y el su-

22 Sauer PJJ and the members of the Working Group. «Ethical dilemmas in neonatology: recommendations of the Ethics Working Group of the CESP (Confederation of European Specialists in Paediatrics)» *European Journal of Pediatrics* 160, (2001), 364-8.

23 Vergahen E, Sauer PJJ. «Euthanasia in severely ill newborns». *New England Journal of Medicine* 352, (2005), 2355.

24 Beal AC, Co JP, Dougherty D, et al. «Quality measures for children's health care». *Pediatrics* 113, (2004), 199-209.

25 Andresen EM, Secharan GA, Toce SS. «Provider perceptions of child deaths». *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine* 158, (2004), 430-5.

frimiento de los pacientes. Los cuidados paliativos consideran que el paciente y su familia constituyen una única entidad, cuyos miembros precisan cuidados antes y después de la muerte. También reconocen el papel primordial del médico en el equipo multidisciplinario que atiende al paciente y a su familia en la miríada de necesidades físicas, sociales, psicológicas y espirituales que entran en juego cuando un niño tiene una enfermedad potencialmente mortal²⁶. Una excelente revisión en profundidad sobre los Cuidados Paliativos pediátricos pueden encontrarse en Hamelstein y cols.

Al artículo de Vergahen citado, con independencia de la consideración del tema desde los propios valores, puede juzgársele como hemos señalado, como poco riguroso. El protocolo de Groningen es, más que otra cosa, un instrumento para tranquilizar la conciencia de los médicos y de los padres implicados en la muerte del recién nacido, manifestación del debilitamiento moral con respecto a la dignidad de la persona. A diferencia de las excelentes revisiones sobre cuidados paliativos pediátricos y calidad de

vida en el momento de la muerte donde se analizan en profundidad todos los aspectos que encierra ese momento, en éste sólo se abordan aspectos formales o procedimentales.

La pérdida de un hijo es una de las situaciones más impactantes posibles en la vida de un individuo, y llega a producir una verdadera crisis de sentido para los padres²⁷. La presencia del médico en estas circunstancias es crucial y puede contribuir a paliar o a dirigir el duelo. Las soluciones fáciles —la eutanasia lo es— queda muy lejos tanto de los valores tradicionales de la Medicina como de los retos científicos al que el buen profesional se enfrenta ante situaciones complejas. Suscribimos la afirmación de Weisel en su artículo citado: «¿Soy un ingenuo creyendo que la medicina es todavía una noble profesión, que se rige por los más elevados valores éticos? Para los enfermos, los médicos todavía apuestan por la vida. Y para todos, por la esperanza».

Recibido 31-08-2005

Aceptado 14-11-2005

26 Himelstein BP, Hilden JM, Bldt AM, Weissman D. «Pediatric palliative care». *New England Journal of Medicine* 350, (2004), 1752-62.

27 Li J, Laureen TM, Pret DH, Olsen J, Mortensen PB. »Hospitalization for mental illness among parents after the death of a child». *New England Journal of Medicine* 352, (2005), 1190-6.

Declaración sobre la eutanasia de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos

Documento aprobado por el Comité Directivo de la SECPAL en Barcelona el día 26 de Enero del 2002. Más información en <http://www.secpal.com>

1. **Comité de Ética de la SECPAL:** Rogelio Altisent Trota, Josep Porta i Sales (presidente); Real Rodeles del Pozo; Amparo Gisbert Aguilar; Pilar Loncan Vidal; Damián Muñoz Sánchez; Anna Novellas Aguirre de Cárcer; Juan Manuel Núñez Olarte; Javier Rivas Flores; Yolanda Vilches Aguirre y Jaime Sanz Ortiz.

Objetivo del documento: una reflexión desde la experiencia

1. La eutanasia está planteando un debate social que, más allá de su dimensión sanitaria, suscita interrogantes éticos, jurídicos y políticos. El objetivo de esta declaración de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL) es aportar un punto de vista experto en una cuestión compleja que se encuentra sometida a una viva discusión en España, al igual que en el resto de países desarrollados. Este documento es el fruto de un conjunto de reflexiones realizadas en el seno de la SECPAL, una sociedad científica multidisciplinar que, en torno a la dimensión paliativa de la medicina, agrupa en España a un importante número de profesionales sanitarios dedicados al cuidado de enfermos en situación terminal, a los que con frecuencia se refiere el debate social sobre la eutanasia.

Contexto de la cuestión: una preocupación social

2. Los extraordinarios avances de la medicina en la segunda mitad del siglo XX han contribuido a prolongar considerablemente la esperanza de vida en el mundo desarrollado, mejorando de manera indiscutible las condiciones sanitarias y elevando la calidad de vida de la población. Actualmente se dispone de medidas capaces de dar soporte vital prolongado incluso a pacientes con enfermedades irreversibles, lo cual está generando preocupación al conocer que, a veces, se efectúan intervenciones médicas, diagnósticas o terapéuticas, produciendo sufrimientos inútiles en enfermos incurables o que no cuentan con el adecuado consentimiento informado. Por otro lado, en las últimas décadas, el desarrollo científico de los cuidados paliativos está proporcionando recursos capaces de aliviar la siempre penosa situación del final de la vida. Es en este marco donde se ha planteado cuál es el alcance de las decisiones de la persona sobre el final de su vida y cuál es la misión de los profesionales sanitarios en este punto, levantándose algunas voces que solicitan una legislación permisiva para la actuación médica encaminada a finalizar la vida del enfermo que así lo solicite, cuando concurren determinadas circunstancias de intenso sufrimiento y deterioro de la calidad de vida.

Es necesario clarificar conceptos

3. Conviene llamar la atención sobre la necesidad de aclarar los conceptos utilizados a la hora de analizar la cuestión de la eutanasia. Esta confusión terminológica que se percibe en la opinión pública también se puede observar, con frecuencia, entre quienes ostentan responsabilidades públicas e incluso en algunos profesionales sanitarios. Es importante clarificar lo que se quiere expresar, por ejemplo, cuando se defiende o se rechaza la legalización de la eutanasia; de otro modo será difícil progresar en una reflexión serena y coherente, tal como la sociedad está demandando. La toma de decisiones responsables exige una adecuada información y comprensión del problema que se intenta resolver; es por ello que la SECPAL desea intervenir en este debate desde el observatorio privilegiado de la experiencia clínica, que le confiere una especial responsabilidad ante la sociedad.

Eutanasia

3.1. El término eutanasia en su sentido etimológico (buena muerte) prácticamente ha dejado de tener uso social. Entendemos que el significado actual del término eutanasia se refiere a la *conducta (acción u omisión) intencionalmente dirigida a terminar con la vida de una persona que tiene una enfermedad grave e irreversible, por razones compasivas y en un contexto médico*. Cuando se habla de una ley de eutanasia se está hablando de una legislación según la cual no existiría impedimento le-

gal, bajo determinadas condiciones, para esta práctica dentro del ejercicio de la medicina, en contra de lo que ha sido su ética tradicional.

Obstinación médica (ensañamiento o encarnizamiento)

3.2. Entendemos por obstinación, ensañamiento o encarnizamiento médico aquellas prácticas médicas con pretensiones diagnósticas o terapéuticas que no benefician realmente al enfermo y le provocan un sufrimiento innecesario, generalmente en ausencia de una adecuada información. Detrás de la obstinación médica se suelen encontrar dos causas principales: el déficit de competencia profesional y la desviación del auténtico fin de la medicina hacia otros intereses que no son los del paciente (científicos, políticos, económicos, sociales, etc.). En cualquier caso nos encontramos ante una conducta que siempre se ha considerado y se sigue considerando como contraria a la ética profesional.

Tratamientos paliativos que pueden acortar la vida

3.3. El objetivo prioritario de los cuidados paliativos es el alivio de los síntomas (entre los que el dolor suele tener un gran protagonismo) que provocan sufrimiento y deterioran la calidad de vida del enfermo en situación terminal. Con este fin se pueden emplear analgésicos o sedantes en la dosis necesaria para alcanzar los objetivos terapéuticos, aunque se pudiera ocasionar indirectamente un

adelanto del fallecimiento. El manejo de tratamientos paliativos que puedan acortar la vida está contemplado en el ámbito de la ciencia moral y se considera aceptable de acuerdo con el llamado «principio de doble efecto». Esta cuestión se encuentra expresamente recogida en los códigos deontológicos de las profesiones sanitarias y, si bien puede plantear dilemas éticos, se pueden encontrar soluciones con el adecuado asesoramiento ético, sin que sea necesario judicializar la cuestión.

Elección y renuncia a tratamientos

3.4. La persona con una enfermedad grave, probablemente irreversible o de muy difícil curación, puede optar por los tratamientos que en su medio se consideren proporcionados, pudiendo rechazar responsablemente medios excepcionales, desproporcionados o alternativas terapéuticas con probabilidades de éxito dudosas. Esta actitud del paciente debe ser respetada y no puede confundirse con una conducta suicida. Este es un criterio ético clásico, que viene además recogido en la Carta de los derechos del paciente en España (Ley General de Sanidad) y en la Deontología Médica.

La «eutanasia pasiva» como concepto fallido

3.5. En el debate en torno a la eutanasia con frecuencia se ha recurrido al concepto de «eutanasia pasiva» que, aunque puede parecer atractivo a primera vista, resulta confuso cuando se realiza un análisis ético riguroso. La eutanasia entendi-

da como conducta intencionalmente dirigida a terminar con la vida de una persona enferma, por un motivo compasivo, puede producirse tanto mediante una acción como por una omisión. La distinción activa/pasiva, en sentido estricto, no tiene relevancia desde el análisis ético, siempre que se mantenga constante la intención y el resultado. Tan eutanasia es inyectar un fármaco letal como omitir una medida terapéutica que estuviera correctamente indicada, cuando la intención y el resultado es terminar con la vida del enfermo. Esto es así tanto cuando se acepta como cuando se rechaza la eutanasia desde el punto de vista moral. Por tanto, el auténtico debate se centra en la aceptación moral y/o legal de la eutanasia sin que su carácter activo o pasivo tenga un significado sustancial.

3.6. Con frecuencia se observa en el debate público la argumentación en favor de una ley que permita la «eutanasia pasiva», ya sea para defender al paciente frente al encarnizamiento médico, ya para respetar su derecho a rechazar tratamientos o para permitir terapias del dolor que puedan indirectamente acortar la vida. Pero es importante recordar que todas estas situaciones no son propiamente eutanasia y actualmente ya están contempladas en la deontología de las profesiones sanitarias con su correspondiente repercusión en el Derecho público. De ahí nuestra insistencia en clarificar conceptos, pues sería un error legislar sobre términos equívocos. Hablar de «eutanasia pasiva» es ambiguo y confuso porque supone clasificar conjuntamente dos situaciones de diferente naturaleza. Por un

lado tenemos lo que se puede denominar como «permitir la muerte» (evitar el encarnizamiento médico, respetar el derecho a rechazar tratamientos) que no precisa de una nueva norma legal; y por otro lado tenemos la eutanasia, tal como se ha definido en el punto 3.1, cuya práctica no está permitida en la actual legislación.

3.7. Se pueden suscitar dudas a la hora de diferenciar el concepto «permitir la muerte» frente al de «eutanasia por omisión», pero es posible establecer un criterio claro. La clave reside en la intención que preside la conducta médica. Ante un paciente en situación terminal lo que se hace o se deja de hacer con la intención de prestarle el mejor cuidado, permitiendo la llegada de la muerte, no sólo es moralmente aceptable sino que muchas veces llega a ser obligatorio desde la ética de las profesiones sanitarias. De ahí que, por ejemplo, no haya objeciones éticas ni legales para emplear altas dosis de analgésicos en el tratamiento del dolor de un paciente en situación terminal, aunque esto pueda suponer de manera indirecta un adelanto de la muerte, cuando la intención del tratamiento no es provocarla. Por el contrario, cuando algo se hace o se deja de hacer con la intención directa de producir o acelerar la muerte del paciente, entonces corresponde aplicar el calificativo de eutanasia.

El debate ético sobre la disponibilidad de la vida

4. Bajo la cuestión de la eutanasia late un debate intelectual y filosófico bien

conocido. Por un lado están quienes afirman que la capacidad de autodeterminación del ser humano es total y absoluta, de manera que estaría legitimado el ejercicio de la libertad de quien decide poner fin a la propia vida. Desde esta visión no hay dudas para aceptar el derecho a la libre disposición de la vida y, como lógica consecuencia, la aceptación moral del suicidio. Una persona capaz puede, por tanto, determinar el momento de finalizar la propia vida cuando considera que ya no es digna de ser vivida. Por otro lado se sitúan quienes contemplan la vida como un don recibido, que se debe administrar autónomamente, pero sin que esta capacidad de autodeterminación se traduzca en su disponibilidad absoluta. Quienes así entienden la existencia humana no consideran moralmente aceptable el suicidio y niegan que exista tal derecho. De todos modos, a diferencia del suicidio, en la eutanasia se implica siempre una tercera persona, que además es un profesional sanitario a quién la sociedad confía el cuidado de las personas que por su enfermedad son especialmente débiles y vulnerables. Por esta razón la eutanasia tiene unas implicaciones sociales que no pueden perderse de vista.

Concepto de dignidad humana

5. Desde la perspectiva de los cuidados paliativos resulta especialmente interesante definir las discrepancias filosóficas en torno al concepto de dignidad de la vida humana, que se pueden resumir en la aceptación de la idea de digni-

dad como punto de partida o como punto de llegada. Como punto de partida, la dignidad humana, se entiende que es congénita y ligada a la vida desde su inicio independientemente de sus condiciones concretas, lo cual está estrechamente vinculado a la base de los derechos humanos fundamentales y a la radical igualdad de todos los seres humanos. En el polo ideológico contrario se entiende la dignidad como punto de llegada, ligada a la calidad de vida y como una resultante de la misma; de tal manera que ante situaciones de grave pérdida de calidad de la vida, se puede entender que ésta ya no merece ser vivida, porque ya se ha perdido la dignidad y sin ella la vida no tiene sentido.

6. En el ámbito del pensamiento las convicciones siempre deben ser respetadas. Sin embargo, la filosofía de los cuidados paliativos no puede ser neutral a la hora de definir la dignidad del ser humano en su relación con la calidad de vida. Es por ello que defendemos la consideración de la dignidad del paciente en situación terminal como un valor independiente del deterioro de su calidad de vida. De lo contrario, estaríamos privando de dignidad y de valor a personas que padecen graves limitaciones o severos sufrimientos psicofísicos, y que justamente por ello precisan de especial atención y cuidado. Cuando en términos coloquiales se habla de unas condiciones de vida indignas, las que son indignas son las condiciones o los comportamientos de quienes consienten, pero no la vida del enfermo. Es en esta corriente de pensamiento solidario, poniendo la ciencia

médica al servicio de enfermos que ya no tienen curación, donde echa sus raíces y se desarrolla la tradición filosófica de los cuidados paliativos. En otras palabras, se trata de dar la atención técnica y humana que necesitan los enfermos en situación terminal, con la mejor calidad posible y buscando la excelencia profesional, precisamente porque tienen dignidad.

El debate sobre una ley de eutanasia en España

7. Sobre los planteamientos éticos en torno a la eutanasia se puede argumentar, matizar y discrepar. Sin embargo, la SECPAL no desea ofrecer un discurso único al respecto, ni siquiera aportar lo que pudiera ser una posición mayoritaria en este sentido. Lo que se desea ofrecer es una reflexión y un criterio, que entendemos bien fundamentado, ante el debate generado en torno a la legalización de la eutanasia.

8. La ética debe fundamentar el derecho, pero se trata de dos conceptos diferentes, que aunque tengan mucho en común no se identifican. La ética se interroga sobre el juicio moral de una determinada conducta, mientras que las leyes se ocupan de garantizar el respeto de los derechos de los componentes de la sociedad, en un clima de convivencia pacífica y de justicia. Desde el punto de vista ético respondemos ante nuestra conciencia y desde el punto de vista legal ante la autoridad competente, teniendo el Estado la posibilidad de intervenir según establezca la ley. Pero esta capacidad de intervención no actúa directamente a par-

tir de un juicio moral, sino a partir de una valoración política. Dicho en otras palabras, lo que puede ser aceptado o rechazado desde la ética, no tiene por que ser regulado, de manera automática, sin evaluar previamente y con seriedad las consecuencias sociales de dicha ley.

9. Puede haber personas que acepten éticamente la eutanasia en determinadas circunstancias extremas y estén a la vez en contra de su legalización, por razones de carácter prudencial, en atención al previsible balance de consecuencias, por considerar –como veremos a continuación– que las repercusiones negativas de esa ley podrían tener más peso que las positivas.

Un riesgo para los más débiles

10. El establecimiento de una norma pública permisiva para la eutanasia podría suponer trasladar un mensaje social a los pacientes más graves e incapacitados, que se pueden ver coaccionados, aunque sea silenciosa e indirectamente, a solicitar un final más rápido, al entender que suponen una carga inútil para sus familias y para la sociedad. Tanto más fuerte sería esta presión cuanto más comprometidas fueran las circunstancias de la enfermedad, o la precariedad de la atención médica y familiar. De tal modo que los pacientes más débiles o en peores circunstancias serían los más presionados a solicitar la eutanasia. Paradójicamente, una ley que se habría defendido para promover la autonomía de las personas se convertiría en una sutil pero eficaz arma de coacción social.

Debilitamiento de la confianza del enfermo hacia el sistema sanitario

11. El desarrollo del modelo de organización sanitaria de nuestro país que ha alcanzado la universalización de la atención supone un avance social indiscutible. Sostener este modelo sobre principios éticos que respeten una buena práctica clínica ligada a la equidad y al reconocimiento de la autonomía de los ciudadanos, requiere el establecimiento de prioridades en la administración de unos recursos que siempre serán limitados. Todo esto exige un esfuerzo muy notable a los profesionales sanitarios, que no siempre pueden satisfacer las demandas de los pacientes. En este contexto, una ley de eutanasia podría generar desconfianza hacia los profesionales de la salud al entenderse que su aplicación no sería indiferente para la economía de una institución sanitaria.

Competencia profesional en cuidados paliativos y petición de eutanasia

12. Se han publicado estudios recientes muy rigurosos que muestran que la petición de eutanasia por parte de los enfermos disminuye al mejorar la formación de los profesionales en el tratamiento del dolor y en cuidados paliativos. Estos hallazgos son congruentes con las comunicaciones de las unidades especializadas en cuidados paliativos de nuestro entorno donde el número de peticiones de eutanasia es muy bajo. Todo ello permite aventurar la hipótesis de que una legislación permisiva con la eutanasia fre-

naría la implicación, tanto científica como asistencial, de algunos médicos y profesionales de la salud en la atención a unos enfermos sin posibilidad de curación que requieren una considerable dedicación de tiempo y recursos humanos.

13. Promover la legalización de la eutanasia en una sociedad donde todavía están insuficientemente implantados los cuidados paliativos, clínicas del dolor, la atención sociosanitaria, etc., parece una solución equivocada ante un problema –el de la correcta atención de los enfermos y sus familias– que está pendiente de resolver.

La pendiente resbaladiza

14. La teoría de la pendiente resbaladiza es un clásico argumento consecuencialista que se ha aplicado a la eutanasia para deducir que una vez legalizada en casos de solicitud voluntaria, el clima social conduce a los médicos y a los familiares a deslizarse hacia su aplicación en casos de enfermos inconscientes o incapaces que no han expresado su autorización. Se trata de un argumento que ha sido muy criticado por algunas aplicaciones poco rigurosas en el modo de elaborar los razonamientos previos a la conclusión. Sin embargo, en Holanda se ha comprobado su exacto cumplimiento puesto que ya hace años se reconocieron cifras importantes de casos de eutanasia no solicitada, cuando en un principio solo se defendía su aceptación en casos de solicitud expresa y reiterada, como un ejercicio de autonomía. El argumento de la pendiente resbaladiza ha sido esgrimi-

do por autores que no tienen reparos éticos ante determinadas peticiones de eutanasia, pero consideran que su legalización llevaría en la práctica a la eutanasia no solicitada, que consideran inaceptable y con graves repercusiones sociales.

Conclusiones y recomendaciones

15. Mediante esta Declaración sobre la eutanasia la SECPAL quiere ofrecer a la sociedad un conjunto de reflexiones éticas, una posición clara fundada en razones y una serie de recomendaciones prácticas. Todo ello elaborado a partir de la experiencia clínica y en el ejercicio de lo que en la SECPAL se ha entendido como una responsabilidad social.

16. La SECPAL ha considerado conveniente pronunciarse ante el debate sobre las propuestas para legalizar la eutanasia. Entendemos que no es preciso el consenso sobre la valoración ética de la eutanasia por poner serios reparos a una norma legal que la permita y para rechazarla por sus consecuencias. Consideramos, por tanto, que la legalización de la eutanasia en España no es oportuna, ni prioritaria en estos momentos.

17. Somos conscientes de que actualmente no es posible alcanzar un acuerdo social sobre la valoración ética de la eutanasia, pero sí podría haber consenso en torno a algunas recomendaciones y medidas normativas que promuevan y garanticen a todos los ciudadanos sin discriminación y en la práctica, el derecho a recibir los mejores cuidados al final de la vida. Para ello la SECPAL propone:

a) Garantizar que en los programas de formación de los profesionales de la salud se incluyan contenidos de Cuidados Paliativos y de Bioética, como áreas de conocimiento obligatorias y evaluables.

b) Desarrollar programas de cuidados paliativos que integren la atención primaria con la hospitalaria en todo el territorio del Estado español.

c) Legislar un equivalente a la baja laboral para el familiar cuidador del enfermo en situación terminal.

d) Promover medidas fiscales y sociales que fomenten la atención domiciliaria del enfermo en situación terminal.

e) Impulsar la divulgación social de los cuidados paliativos y de la solidaridad con el que sufre, como seña de identidad de la calidad moral de una sociedad.

18. Ofrecemos estas propuestas a los máximos responsables de la gestión sanitaria, tanto en el ámbito Estatal como en el de las Comunidades Autónomas.

Declaración sobre la atención médica al final de la vida.

Organización Médica Colegial

Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Madrid, 11 de enero de 2002

I. Nuevas necesidades

En los últimos años, como consecuencia de los avances de la medicina se ha producido en España un aumento de la esperanza de vida con el consiguiente incremento del número de personas con enfermedades crónica e incurables. Son muchas las enfermedades que pueden ser causa de sufrimiento al final de la vida. Solamente debido al cáncer mueren en nuestro país más de 90.000 personas cada año. El número de mayores de 65 años, es actualmente del 16 % de la población, y se estima que alcanzará el 20% en los próximos 20 años. Entre esta población un 10% presenta enfermedades crónicas evolutivas, muchas veces asociadas. Los trastornos como la demencia alcanzan a más del 10% y además, entre el 30 y el 40% de ésta población tiene algún tipo de dificultad o limitación en sus actividades cotidianas. Además, en nuestro país se han producido cambios sociales, económicos y de valores, que han afectado a la estructura familiar y su papel tradicional en el cuidado de las personas enfermas.

II. Características de la situación

Las fases más avanzadas y terminales de la mayor parte de enfermedades crónicas evolutivas, comparten múltiples aspectos, generadores de sufrimiento, tanto físico como emocional, que tam-

bién afecta a las familias. Entre los síntomas físicos, el dolor es un paradigma ya que afecta aproximadamente al 70% de estos enfermos. Estas situaciones generan un gran impacto en la calidad de vida y una gran necesidad y demanda de atención y de apoyo.

III. Objetivos de la atención en las fases avanzadas y terminales

Es muy importante una definición clara de los objetivos que deben enmarcar actuaciones asistenciales y evitar tanto la obstinación terapéutica como el abandono del paciente. *Los principios y objetivos fundamentales* de la atención son los de promover la máxima calidad de vida, dignidad, y autonomía a los enfermos, teniendo en cuenta sus necesidades físicas, emocionales, sociales y espirituales, considerando al enfermo y su familia como una unidad a tratar. Ello requiere la adaptación de nuestra organización asistencial a estas necesidades.

En el control del dolor y de otros síntomas contamos con avances espectaculares. El mejor uso de la morfina y de otros opioides potentes, de reciente aparición, así como de otras medidas, consigue suprimir o aliviar el dolor en la mayoría de los enfermos. La información y la comunicación entre enfermo, familia y equipo terapéutico es otro de los pilares fundamentales para una atención de calidad. Sin olvidar el papel destacado del

médico como referente, debemos promover y practicar el trabajo en equipo interdisciplinar y la cooperación entre los distintos profesionales y niveles de atención, así como la participación social a través del voluntariado, como una manera de responder a necesidades muy complejas y cambiantes. La ética clínica, entendida como la metodología que promueve la toma de decisiones respetando los valores de quienes intervienen, debe ser adoptada como el método de trabajo cotidiano que permite resolver y orientar la inmensa mayoría de dilemas en la atención de enfermos al final de la vida. Los objetivos de la atención médica al final de la vida, centrados en su calidad y dignidad, deben evitar tanto su prolongación innecesaria como su acortamiento deliberado. La petición individual o social de la eutanasia y el suicidio asistido deben ser considerados generalmente como una demanda de mayor atención y suelen desaparecer cuando se aplican los principios y la práctica de los cuidados paliativos.

IV. Propuestas

La atención integral y la promoción de la calidad de vida en las fases más avanzadas de las enfermedades crónicas evolutivas y de los enfermos terminales, deben ser consideradas como un derecho fundamental de las personas y una prioridad para las administraciones y organizaciones sanitarias y sociales. Proponemos el desarrollo de programas y servicios de cuidados paliativos, de terapéutica del dolor, de servicios y progra-

mas sociosanitarios y de comités de ética, como la mejor manera de responder adecuadamente a las necesidades y demandas crecientes de atención. Además, todos los recursos del sistema (hospitales, atención primaria, centros sociosanitarios y residenciales) deben adaptar gradualmente su organización a la presencia de enfermos avanzados.

Los médicos deben recibir formación de pregrado, postgrado y continuada que les capacite para atender a enfermos en fases avanzada y terminal, tanto en el apoyo emocional y la ética clínica. El desarrollo y la práctica de éstos principios representan la síntesis entre la mejor tradición humanística y humanitaria de la medicina con todos los avances científicos que han permitido mejorar la calidad de vida y la dignidad de nuestros enfermos. Los objetivos de curar y de cuidar deben ser promovidos con la misma energía y convicción. Además, son un estímulo para introducir valores positivos en los debates más actuales de nuestra sociedad.

ATENCIÓN MÉDICA AL FINAL DE LA VIDA: CONCEPTOS

1. Situaciones clínicas frecuentes

1.1. Enfermedad incurable avanzada

Enfermedad de curso progresivo, gradual, con diverso grado de afectación de autonomía y calidad de vida, con respuesta variable al tratamiento específico, que evolucionará hacia la muerte a medio plazo.

1.2. Enfermedad terminal

Enfermedad avanzada en fase evolutiva e irreversible con síntomas múltiples, impacto emocional, pérdida de autonomía, con muy escasa o nula capacidad de respuesta al tratamiento específico y con un pronóstico de vida limitado a semanas o meses, en un contexto de fragilidad progresiva.

1.3. Situación de agonía

La que preceda a la muerte cuando ésta se produce de forma gradual, y en la que existe deterioro físico intenso, debilidad extrema, alta frecuencia de trastornos cognitivos y de la conciencia, dificultad de relación e ingesta y pronóstico de vida en horas o días.

2. Aspectos terapéuticos y éticos

2.1. Analgesia

Se entiende como el control del dolor, combinando medidas farmacológicas y generales. La analgesia correcta, así como la eliminación o reducción de los demás síntomas que alteran la calidad de vida, debe ser un objetivo prioritario en todas las fases evolutivas de la enfermedad.

En casos de dolor intenso, la morfina y otros derivados opioides, administrados preferentemente por vía oral, son los fármacos de elección para su control.

2.2. Sedación

Tiene diversas acepciones en función de las variadas situaciones en las que se aplica. En todas ellas se combina el objetivo fundamental de controlar algunos síntomas con una posible disminución de la conciencia en situaciones de agonía. Las situaciones que requieren con más frecuencia son el tratamiento de algunos problemas refractarios, generalmente en fase agónica: ansiedad extrema, delirium, confusión, hemorragia masiva y disnea. Consiste en la disminución deliberada de la conciencia con el objetivo de evitar un sufrimiento insostenible. En general, se trata de una medida gradual, susceptible de tomarse con la participación del enfermo o, en su defecto, de sus familiares, y que puede llegar a la sedación completa e irreversible. Desde el punto de vista ético, la sedación terminal se distingue del cóctel lítico en que su intencionalidad es la de controlar los síntomas, su gradualidad, y la participación de enfermo y familia. También, la sedación puede ser la consecuencia (doble efecto) de la analgesia.

2.3. Cóctel lítico (También llamado cacotanasia o eutanasia involuntaria)

Administración de fármacos, generalmente por vía endovenosa, con el objetivo común de abolir la conciencia y acortar la vida, llevado a cabo de manera brusco y no gradual, generalmente sin participación del enfermo, a petición de la familia o por decisión del equipo terapéutico. La práctica de cóctel lítico mues-

tra también una cierta incapacidad de los equipos médicos para resolver los problemas habituales de control de síntomas e impacto emocional en enfermos y familiares.

2.4. Tratamiento fútil

Una intervención es fútil cuando nos e produce beneficio al paciente. También se incluyen supuestos en los que el beneficio puede ser muy pequeño y, por tanto, la intervención puede no estar indicada. La obstinación o encarnizamiento terapéutico tienen tendencia practicar y priorizar intervenciones muy fútiles, en el sentido de proponer medidas de carácter curativo en fases en las son inapropiadas.

2.5. Eutanasia

Entendemos que el concepto de eutanasia debe incluir exclusivamente la acción u omisión, directa e intencionada, encaminada a provocar la muerte de una persona que padece una enfermedad avanzada o terminal, a petición expresa y reiterada de ésta. Aunque etimológicamente signifique «buena muerte», actualmente es un término circunscrito a esta definición.

2.6. Eutanasia pasiva

Se ha definido como la cesación o no inicio de medidas terapéuticas fútiles o innecesarias en un enfermo que se encuentre en situación de enfermedad terminal. Para evitar confusiones, este tér-

mino no debería utilizarse, ya que estas actuaciones no constituyen ninguna forma de eutanasia deben considerarse como parte de la buena práctica.

2.7. Eutanasia indirecta

Se refiere al mecanismo del doble efecto ya citado, mediante el cual podría a veces adelantarse la muerte como resultado del efecto secundario de un tratamiento analgésico, o sedante. Aconsejamos retirar el término, ya que está mejor definido por el de doble efecto.

2.8. Voluntades anticipadas o Testamento vital

Consisten en la descripción explícita de los deseos que expresa una persona para su atención en situaciones en las que no pueda expresar su voluntad, tales como el coma persistente irreversible y trastornos cognitivos que anulen o disminuyan la capacidad de decisión. En su mayor parte, proponen actitudes y acciones de buena práctica médica (no alargar la vida innecesariamente, no utilizar medidas desproporcionadas, etc), así como la posibilidad de delegar en uno o varios interlocutores. Las voluntades anticipadas son una expresión de autonomía y de la libertad de elección de los medios terapéuticos, y deben ser respetadas por los médicos y otros profesionales, así como las organizaciones. También es importante recalcar que las voluntades anticipadas no pueden incluir la demanda de eutanasia, ya que sería ilegal, y también contradictoria con los principios de la buena práctica médica.

2.9. Suicidio asistido

Consiste en la ayuda indirecta a la realización de un suicidio, a demanda de una persona con o sin enfermedad avanzada irreversible. En caso de que no pueda realizarlo por limitaciones de carácter físico, se trata de ayuda directa o cooperación necesaria.

2.10. Obstinación o Encarnizamiento terapéutico

Consiste en la adopción de medidas diagnósticas o terapéuticas, generalmente con objetivos curativos no indicados en fases avanzadas y terminales, de manera desproporcionada, o el uso de medios extraordinarios (nutrición parenteral, hidratación forzada) con el objeto de alargar innecesariamente la vida en la situación claramente definida de agonía. Las causas de la obstinación pueden incluir las dificultades en la aceptación del proceso de morir, el ambiente curativo, la falta de formación, la demanda de enfermo y familia, o la presión para el uso de tecnología diagnóstica o terapéutica. Entre sus consecuencias, podemos destacar

la frustración de equipos y enfermos, y la ineficiencia debida al uso inadecuado de recursos.

2.11. Abandono

Se trata de la falta de atención adecuada a las múltiples necesidades del entorno y su familia. Entre sus razones destacan la falsa idea de que «ya no hay nada que hacer» y una formación insuficiente en cuidados paliativos.

2.12. «Buena práctica» médica

En la atención al final de la vida, podemos considerar buena práctica médica la aplicación de los objetivos (dignidad y calidad de vida), principios (atención integral de enfermo y familia), y métodos (control de síntomas, soporte emocional y comunicación, cambio de organización) de los cuidados paliativos. También, la aplicación de medidas terapéuticas proporcionadas, evitando tanto la obstinación o encarnizamiento como el abandono, el alargamiento innecesario (o futilidad) y el acortamiento deliberado de la vida (cacotanasia o cóctel lítico).

**Comunicado de la Junta de la Asociación Española de Bioética y Ética Médica (AEBI)
en relación con la proposición de Ley presentada por el PSOE en el congreso de
diputados sobre la Eutanasia.**

1. Reiteramos la posición de AEBI que se manifestó en el comunicado de 19 de Octubre de 2018 y que puede consultarse en: http://aebioetica.org/archivos/Conclusiones_y_comunicado_final.pdf.
2. Afirmamos que la regulación de la eutanasia es una medida injusta, insolidaria y favorecedora de la desigualdad social, en cuanto se convierte en un instrumento de presión frente los más débiles y vulnerables. Esto aun es más grave cuando las instituciones públicas no han puesto de forma completa y suficiente todos los medios sanitarios y sociales para ayudar a los ciudadanos a vivir con dignidad el proceso final de la vida. En concreto, aliviando el sufrimiento mediante cuidados paliativos eficaces aplicados por profesionales capacitados.
3. La misión de los profesionales sanitarios es promocionar y respetar la vida humana, no decidir o ejecutar la muerte. Por ello, la Asociación Médica Mundial se opone al suicidio asistido y a la eutanasia reiterando que: “la eutanasia, es decir, el acto deliberado de poner fin a la vida de un paciente, aunque sea por voluntad propia o a petición de sus familiares, es contraria a la ética”.
4. La justicia social y el bien común exigen que ningún ciudadano pueda cooperar o ejecutar la eliminación de otro aun cuando éste preste su consentimiento y hasta lo solicite. Al igual que en otros derechos fundamentales el estado debe legislar protegiendo a los ciudadanos en su derecho a la vida. Una situación concreta, por muy dramática que sea, y que no representa la situación más frecuente de los enfermos al final de la vida no puede elevarse como norma, máxime si además conlleva consecuencias negativas para el bien común: debilitamiento de la actitud de respeto a la vida de los más débiles y empobrecimiento del quehacer sanitario.
5. El deseo de renunciar a la protección jurídica de la propia vida no puede ser universalizado y convertido en un derecho con el consiguiente deber por parte de los profesionales sanitarios de poner fin a las vidas de sus pacientes o de cooperar de manera necesaria a su muerte, por más que se reconozca el derecho a la objeción de conciencia. Esto dejaría a muchos ciudadanos expuestos a abusos a pesar de las medidas preventivas que se tomaran en una regulación legal. La sola muerte de una persona al amparo de esta futura ley y que no estuviera incluida en los supuestos despenalizadores de ella la haría injusta, algo que de partida se da por supuesto, en cuanto que en su articulado se contempla que la vida del enfermo está a merced de los juicios subjetivos de terceras personas.
6. Tal y como ya se ha comprobado en los pocos países del mundo en donde se ha introducido la práctica de la eutanasia bajo la excepcionalidad de aplicarla en casos

extremos de sufrimiento insoportable ésta produce una insensibilización paulatina de los médicos que la practican, terminando por aplicarla en otros casos de enfermos similares pero que no cumplen con esa condición. La evolución de la ley de la eutanasia acaba tarde o temprano en la ilegalidad al banalizarse las condiciones iniciales bajo las cuales se legalizó.

7. La asociación Española de Bioética y Ética Médica (AEBI) está dispuesta a colaborar con el gobierno, partidos políticos, asociaciones y colegios profesionales, desde su ámbito de estudio e investigación, tanto en la elaboración como en la puesta en marcha de medidas que favorezcan humanizar más el final de la vida en nuestro sistema de salud.

12.2.2020

Conclusiones de la Jornada Anual de AEBI y Comunicado de AEBI sobre la Eutanasia

*Morir con dignidad
Madrid 19 de Octubre de 2018*

Tras la mesa redonda y el posterior coloquio, se redactan las siguientes conclusiones. Estas son aprobadas por la Junta Directiva de AEBI para ser publicadas en la web institucional de la asociación *como comunicado a la opinión pública sobre la posición de AEBI ante la proposición de ley del PSOE para regular la eutanasia y que se convierta en una prestación en la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud*:

1. Tal como ya nos manifestamos en las redes sociales, afirmamos que nunca hay motivo que justifique la directa eliminación de un ser humano. El interés general de la sociedad exige que ningún ciudadano pueda cooperar o ejecutar la eliminación de otro, menos aún los profesionales sanitarios. Ni el dolor ni la ausencia de ninguna otra cualidad inherente a la persona anulan su dignidad ésta es incompatible con la licitud de la eutanasia.

2. Debemos eliminar el dolor y el sufrimiento no la persona con dolor y sufrimiento. Aun existiendo situaciones particulares muy dolorosas hay que realizar un esfuerzo para ayudar a los pacientes a dotarlas de sentido. No existen variantes benignas de la eutanasia, por tanto no se pueden admitir excepciones. La lástima que pueda provocar esa situación, no justifica quitar intencionalmente la vida de un hombre. Es un homicidio deliberado que presentado como acto altruista y benevolente encubre la necesidad propia de olvidar el sufrimiento y la muerte, y la incapacidad de aceptar la muerte ajena.

3. En este sentido, y dado que el hombre no es un ser aislado, se requiere por parte de la sociedad, de las ciencias sanitarias, de los servicios de salud y sociosanitarios de una atención que palie los sufrimientos y desbloquee las pocas peticiones eutanásicas que se pueden dar, pues dichas demandas terminan cuando los pacientes reciben tratamiento paliativo adecuado. En línea con lo anterior, es fácil advertir que tratar el sufrimiento eliminando al que sufre es un contrasentido de la acción paliativa. Lo que piden los enfermos es ser valorados, seguridad ante la incertidumbre de la muerte, ser tratados y cuidados profesionalmente.

4. Los cuidados paliativos se basan en un tipo especial de atención que se aplica a pacientes en situación de enfermedad avanzada. Estos cuidados

pretenden proporcionar a la vida de los enfermos, y a la de sus familiares, la mejor calidad posible a su situación. Su principal objetivo es que alcancen el máximo bienestar posible. Actúan sobre las necesidades de todo tipo afectadas por la enfermedad avanzada. Este enfoque global del paciente y su familia se alcanza mediante el trabajo en equipo interdisciplinar de profesionales médicos, personal de enfermería, psicólogo, trabajadores sociales y asistentes espirituales.

5. Tales cuidados deben ser un derecho de todos los pacientes dentro del sistema de salud. En consecuencia la prioridad es que alcancen a todos y que éstos sean de calidad y realizados por profesionales preparados profesionalmente para ello. De esta manera se ayuda a vivir la muerte a todos los ciudadanos con dignidad. Esta es una obligación ética urgente por parte de los poderes públicos. Ofrecer la eutanasia cuando no está resuelto el acceso universal a los cuidados paliativos es una irresponsabilidad, una negligencia y algo contrario a la justicia social. Es necesario por lo tanto que la ley garantice una correcta atención a los enfermos al final de la vida, no una ley para acabar con ellos.

6. Si en alguna circunstancia se admite que alguien pueda disponer la vida de una persona, implícitamente se está afirmando que la vida humana no es inviolable o incondicional y por lo tanto se acepta que hay vidas humanas que merecen no ser vividas. Esto es una tentación para todos, un recurso fácil que tiende a expandirse.

7. La falta de respeto a la propia vida y de la ajena en nuestra sociedad van unidas. Una legalización de la eutanasia destruiría las barreras legales que defiendan la vida humana siempre y en cualquier circunstancia. Institucionalizar el criterio de que si uno libremente decide eliminarse y se legaliza ese acto, determina lícito y digno el suicidio disminuyendo la consideración de la vida ajena como algo inviolable.

8. La posible legalización de la eutanasia ocasiona dentro de las profesiones sanitarias un fenómeno corrosivo de su "ethos" y de la relación sanitario-paciente que implicaría una desnaturalización de ellas: un atentado a la integridad ética de los profesionales sanitarios y a la confianza como fundamento de la relación médico-paciente. El acostumbamiento social y el activismo pro-eutanásico terminarían por convencer a los profesionales y familiares que matar por lastima o a petición del enfermo es una alternativa terapéutica tan eficaz que no se puede rechazar. A pesar de las salvaguardas que para la eutanasia existen en algunos países hay datos que indican que

éstas son ineficaces ya que la eutanasia voluntaria da lugar a un incremento de la no consentida.

9. Como consecuencia de todo lo anterior, el estado debe legislar para la mayoría de pacientes, que no desean la eutanasia, protegiendo a los ciudadanos en su derecho a la vida. Una situación concreta, por muy dramática que sea, no puede elevarse como norma, máxime si además conlleva consecuencias negativas para el bien común: debilitamiento de la actitud de defensa de la vida hacia los más débiles y empobrecimiento del quehacer sanitario. Una opción personal no puede universalizarse en un pretendido derecho que obligue a otros a matar.

10. En línea con las ideas expuestas el Consejo de Europa suscribió en la Recomendación de la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa (25/6/1999) de Protección de los Derechos Humanos y la Dignidad de los Enfermos en Fase Terminal y Moribundos, suscrita por España, que los Cuidados Paliativos son un derecho subjetivo y una prestación más de la asistencia sanitaria. Además, se respalda la prohibición de poner fin a la vida intencionadamente del enfermo en fase terminal. Así mismo, se indica que el deseo de morir no genera el derecho a morir a manos de un tercero. (R.XVI C) dado que el deseo de morir, no puede, por si mismo, constituir una justificación legal para acciones dirigidas a poner fin a su vida (R.XVI II/III). También en esta línea de pensamiento se encuentra el posicionamiento de la asamblea general del Consejo General de Colegios de Médicos (21/6/2018) ante la eutanasia y el suicidio asistido el cual suscribe íntegramente AEBI. Por último, la Asociación Médica Mundial también se opone al suicidio asistido y a la eutanasia reiterando su posición de considerar que: “la eutanasia, es decir, el acto deliberado de poner fin a la vida de un paciente, aunque sea por voluntad propia o a petición de sus familiares, es contraria a la ética” (27/10/2018).

Madrid 19.10.2018