

## EUTANASIA Y MUERTE DIGNA PROPUESTAS LEGALES Y JUICIOS ETICOS

### 1. LA ACTUALIDAD DE UN TEMA ANTIGUO

Desde hace una docena de años el tema de la eutanasia, antiguo por otra parte como la historia del hombre sobre la tierra, viene saltando con frecuencia a las páginas de los diarios o a las imágenes de los debates televisivos<sup>1</sup>.

No es infrecuente que al tratar este tema, los autores se refieran a los múltiples antecedentes históricos: culturas primitivas que se encontraban en la precisión de eliminar a algunos ciudadanos especialmente gravosos para el clan, bien por razones de ancianidad o bien por haber nacido enfermizos o defectuosos. 'Las más de las veces, sin embargo, ha escrito Quintano Ripollés, tales hecatombes utilitarias eran consciente o inconscientemente disfrazadas bajo el prestigioso manto de los ritos religiosos. Tradiciones e historias antiguas, así como relaciones de viajes y obras etnográficas modernas, abundan en episodios sangrientos cuyo significado profundo era seguramente eutanásico-eugénico'<sup>2</sup>.

Si el autor citado atribuye a la nueva moral aportada por el Cristianismo la lenta superación de aquellas costumbres no faltan quienes reconocen esa influencia de la predicación del Evangelio, pero desde una valoración más pesimista. No faltan interpretaciones peregrinas sobre el amor de los cristianos a la vida humana y la defensa de la dignidad de la existencia. No es extraño constatar cómo O. Ruth Russell, ferviente defensora de la legalización de la eutanasia, considera que la postura cristiana se debe a consideraciones prácticas, como la necesidad de aumentar el número de fieles con el fin de expandir por el mundo la Cristiandad<sup>3</sup>. Por su parte, James Rachels, conocido profesor de Filosofía de la Universidad de Alabama en Birmingham y famoso por su alternativa al planteamiento moral tradicional con relación a la prohibición de la eutanasia, no duda en afirmar que, a causa de su aprecio por el

1 Cf. V. Marcozzi, 'Il cristiano di fronte all'eutanasia', en *La Civiltà Cattolica* (1975, IV) 322-36.

2 A. Quintano Repullés, 'Eutanasia', en *Nueva Enciclopedia Jurídica*, IX (Barcelona, 1958), 159. Cf. F. D'Agostino, 'L'Eutanasia come problema giuridico', en L. Lorenzetti, *Eutanasia. Il senso del vivere e del morire umano* (Bologna 1987) 47-70.

3 Cf. O. Ruth Russell, *Freedom to Die. Moral and Legal Aspects of Euthanasia* (New York, 1975) 54.

sufrimiento, la Iglesia vino a cambiar sustancialmente el sentido ético de la muerte facilitada a los enfermos incurables: lo que para los griegos y romanos había sido un acto de compasión, se convertía ahora simplemente en un pecado mortal<sup>4</sup>.

### 1.1. *Sobre el origen de un nuevo planteamiento*

No es extraño que la laicización de la sociedad y el retorno, a veces pretendido y a veces inconsciente, a una paganía precristiana haya obligado a volver los ojos a problemas como éste que parecían superados por nuestra civilización. No sin razón se ha puesto de relieve que fue precisamente en el Renacimiento cuando resurgieron las viejas ideas de Platón respecto a la necesidad de eliminar a los hombres que no puedan vivir de forma plenamente humana el 'tiempo que les ha sido destinado por la naturaleza'<sup>5</sup>. Es en el ambiente renacentista donde Thomas Moro escribe en *Utopía* (1516) el sueño feliz de una sociedad ideal y donde Francis Bacon en su *Novum Organum* (1620) acuñaba la palabra 'eutanasia'. El solo hecho de que el lord Canciller decapitado en 1535 haya sido canonizado cuatro siglos más tarde por la Iglesia Católica, parece a algunos una cierta autorización de sus palabras sobre el tema que nos ocupa. Como se sabe, según la obra de Moro, Rafael Hythloday pronuncia una especie de apología de la república ideal al describir la isla de Utopía, sus gobiernos, sus leyes y ordenanzas. He aquí el pasaje al que nos referimos:

'Cuidan a los enfermos (como dije) con gran afecto y no dejan en absoluto pasar nada por alto concerniente a la medicina o a una buena dieta con lo que pueda devolvérseles de nuevo la salud. Confortan a los que están afectados de enfermedades incurables sentándose a su lado, hablando con ellos y, para resumir, con toda clase de ayudas que puedan existir. Pero si la enfermedad es no sólo incurable sino llena de continuo sufrimiento y angustia, entonces los sacerdotes y los magistrados exhortan al hombre viendo que no es capaz de hacer ninguna función vital y que sobreviviendo a su propia muerte es perjudicial y molesto para los demás y pesado para sí misma, a que se decida a no consentir más esa pestilente y dolorosa enfermedad. Y viendo que su vida no es para él más que una tortura, que no sea reacío a morir sino mejor que cobre buenos ánimos y se desembarace a sí mismo de esta dolorosa vida como de una prisión o de un potro de tormento, o permita de buen grado que otro le libre de ella. Y le dicen que obrando así hará sabiamente, viendo que con su muerte no perderá ningún privilegio sino que acabará con su dolor. Y puesto que en este acto seguirá el consejo de los sacerdotes, es decir, de los intérpretes de la voluntad y gusto divinos, le hacen ver que obrará como hombre bueno y virtuoso. Los que son así convencidos ponen fin a sus vidas voluntariamente o bien mueren durante el sueño sin ninguna sensación de agonía. Pero no obligan a nadie a morir contra su voluntad ni

4 Cf. J. Rachels, *The End of Life. Euthanasia and Morality* (Oxford 1986) 10.

5 R. Guého, 'Euthanasie', en *Encyclopedia Universalis*, 6 (Paris 1977), 816.

dejan de usar la misma diligencia y cuidado con él, aunque creen que ésta es una muerte honorable. Por otra parte el que se suicida antes que los sacerdotes o el consejo hayan aceptado el motivo de su muerte, lo tiran sin enterrar a algún apestoso pantano como indigno de ser enterrado o consumido por el fuego'<sup>6</sup>.

Los que se escandalizan por estas palabras del Canciller Moro parecen desconocer el género literario de la obra. En 1504 Sannazzaro había publicado su *Arcadia*. Durante su embajada comercial en Flandes, y arropado por la amistad de grandes humanistas como Erasmo, que le ha dedicado su *Elogio de la Locura*, y tras haber traducido la *Vida de Giovanni Pico, señor de Mirandola*, Moro trazaba su peculiar y personal visión ideal de la sociedad, no exenta de ironía. Al observar que su país se convierte en una tierra de mercaderes, Moro no puede ocultar su simpatía por la comunidad de bienes que propugnan los Hechos de los Apóstoles y los escritos de los Padres antiguos, aboga por una sociedad más sencilla y natural y, como humanista platónico, defiende en gran parte los principios que Platón plasmara en su *República*.

Por otra parte, los que hoy invocan, entre la admiración y el escándalo, la figura de Thomas Moro, parecen olvidar que su santidad, como en tantos otros casos, va más unida a su martirio que a sus escritos. Y por otra parte, los seguidores del Canciller por lo que se refiere a la 'buena muerte' rechazarían sin duda sus reivindicaciones de una sociedad patriarcal o su justificación del colonialismo, la falta de libertad personal y de vida privada, la severidad ante las relaciones sexuales ilícitas que puede llegar a la pena de muerte, el constante peligro de totalitarismo que respira toda la obra. Todo esto es necesario tener en cuenta a la hora de invocar, con admiración y con escándalo, una obra que, entre soñadora y crítica, busca unos hombres que 'tengan buenas razones para hacer lo que hacen'. Ya hace años que John C. Ford comentaba que Thomas Moro afirmaba también que en la isla de *Utopía* se permitía el divorcio y se condenaban las austeridades culturales, mientras que él mismo vestía un áspero cilicio y por fin asumió la pena de muerte antes que aprobar el divorcio de Enrique VIII, con lo que se demostraría una vez más que el género de vida descrito en *Utopía* no expresaba necesariamente su propia filosofía de la vida<sup>7</sup>.

### 1.2. Valoración tradicional de la eutanasia

A pesar de esta breve aparición del pensamiento eutanásico en el ambiente del humanismo renacentista, puede afirmarse que la valoración ética de la eutanasia fue generalmente negativa. El problema era considerado en el contexto del suicidio, que de forma unánime era condenado por los moralistas así

6 Th. Moro, *Utopía* (Barcelona 1984) 163-63.

7 Recuérdense los comentarios que le dedicaba Robert F. Drinan, 'Euthanasia: An Emergent Danger', en *Homiletic and Pastoral Review* (dic. 1949); cf. G. Kelly, *Medico-Moral Problems* (St. Louis 1961), 126-27.

como por la opinión pública<sup>8</sup>. La eutanasia era en realidad una forma de colaboración al suicidio que había de ser valorada éticamente desde los principios habituales de la cooperación, directa o indirecta, con el mal moral.

Por lo que se refiere a la estimación específica de la obligación de mantener artificialmente una vida que se encuentra en su estado final, solía apelarse al juicio que se había hecho clásico al menos desde Domingo de Soto: para absolver la obligación moral de tutelar la propia vida o la de los demás es obligatorio utilizar los medios terapéuticos considerados como ordinarios, mientras que no existe la obligación de recurrir a los medios que sean considerados como extraordinarios<sup>9</sup>. Siguiendo la doctrina tradicional de los siglos XVI y XVII, y apoyándose directamente en la obra de Teología Moral publicada un siglo antes por el jesuita Paul Laymann, san Alfonso María de Ligorio enseña que nadie está obligado a conservar su vida acudiendo a medios extraordinarios y verdaderamente difíciles, tales como la amputación de una pierna, a menos que su vida fuera realmente necesaria para el bien común. San Alfonso apoyaba esta sentencia, como la más corriente y admitida, en las opiniones de los dominicos Soto y Báñez, de los sacerdotes Tournely y Sylvius, de los carmelitas 'salmanticenses' y del jesuita De Lugo<sup>10</sup>.

Un planteamiento semejante ha venido repitiéndose en los manuales de Teología Moral hasta los muy conocidos de Ferresres<sup>11</sup>, de Zalba<sup>12</sup>, o de J. Mausbach - G. Ermecke<sup>13</sup>. La continuidad en las expresiones, sin embargo, oculta ambigüedades y polémicas sobre el contenido de las mismas. Es sabido cómo algunos llegaron a identificar medios 'ordinarios' con medios 'naturales', ejemplificados como la dieta adecuada, el ejercicio, el descanso, el sueño, mientras que calificaban como medios 'extraordinarios' todos los medios 'artificiales' o técnicos, como una intervención quirúrgica, que aunque no fueran contra la naturaleza no serían en realidad una provisión de la misma naturaleza para el bienestar del hombre y podrían ser considerados como 'innaturales'<sup>14</sup>.

Desde estos presupuestos, la eutanasia positiva directa había de ser necesariamente condenada como homicidio, mientras que se iría lentamente matizando la colaboración terapéutica que, pretendiendo un fin honesto como

8 Cf. D. M. Prümmer, *Manuale Theologiae Moralis*, II, (Friburgo Br., 1940) 106-08; M. Van Vyve, 'La notion de suicide', en *Ephemerides Theologicae Lovanienses*, 32 (1954) 593-618; N. Blázquez, 'La moral tradicional de la Iglesia sobre el suicidio', en *Concilium*, 199 (mayo, 1985), 387-400, así como todo el número dedicado expresamente al suicidio; F. J. Elizari, 'Suicidio. Aproximación moral', en *Iglesia viva*, 125 (1986) 439-55, en un número dedicado a *Formas éticas de morir*; J. L. Barbero, *Conflicto entre vida y libertad* (Madrid 1984) 47-52.

9 D. de Soto, *De iustitia et iure*, I-II, q. 2, a. 1; q. 1, a. 5.

10 Véase un amplio resumen en Th. J. O'Donnell, *Ética Médica* (Madrid 1965), 79.

11 P. Ferreras, *Compendium Theologiae Moralis*, I, (Barcelona 1982, 301.

12 M. Zalba, *Theologiae Moralis Compendium*, I, (Madrid 1958) 864.

13 J. Mausbach - G. Ermecke, *Teología Moral Católica*, III (Pamplona 1974), 220, donde se recogen los famosos discursos de Pío XII de 1956 y 1957.

14 Así por ejemplo, en J. B. McAllister, *Ethics* (2 ed. Philadelphia, 1955) 175. Ver también K. Nolan, 'El problema del cuidado de los moribundos', en Ch. E. Curran (ed.), *¿Principios absolutos en Teología Moral?* (Santander 1970) 253-64.

la curación de la persona, la preservación de la vida del feto o la disminución y sedación de los dolores —por citar algunos de los ejemplos más frecuentemente aducidos por los moralistas— aportase de forma 'indirecta' un acortamiento de la vida. Por otra parte, el juicio sobre los medios, a pesar de las ambigüedades, sobre las que más abajo volveremos, iba preparando el terreno para un planteamiento moral sobre la distancia y sobre las decisiones antidis-tanásicas<sup>15</sup>.

Por lo que se refiere al tratamiento jurídico penal, 'si las terapias que tienen como fin exclusivo la sedación del dolor, aunque pudieran ser peligrosas para la vida del paciente, son consideradas como lícitas por los ordenamientos positivos y por el sentimiento jurídico universal, indiscutiblemente ilícitos son, en cambio, el tratamiento y más en general las acciones orientadas a extinguir la vida para hacer cesar sus sufrimientos. Es decir, las actividades de los que ayudan a otros no *en el morir sino a morir*'<sup>16</sup>.

El espectáculo de las enormes posibilidades de la técnica sanitaria que puede hoy conservar a enfermos irrecuperables en una larga agonía ha hecho a muchos preguntarse si nos encontramos en realidad ante una vida humana. Y algunos casos concretos, especialmente lastimosos, en los que los médicos o los parientes han decidido poner fin 'por compasión' a la vida de un paciente terminal han obligado a replantearse la cuestión de la eutanasia, no sólo desde el punto de vista moral, sino también desde el jurídico-penal<sup>17</sup>.

La mayor parte de los códigos de este mundo se puede decir que no contempla directamente la figura de la eutanasia o muerte por compasión. Las situaciones más cercanas serían el suicidio, la ayuda prestada al suicidio; el homicidio del que es consciente; el homicidio. Estando la primera figura y por obvias razones ausente de la despenalización, las otras tres figuras están, con las relativas atenuantes, sujetas a diversas calificaciones específicas de reato<sup>18</sup>. Ahora bien, en los últimos tiempos, no son escasos los que reclaman una despenalización para la acción del médico que, aun directa y voluntariamente, realiza una acción —u omisión— tendente a abreviar la vida dolorosa de un enfermo que se encuentra en una situación terminal irrecuperable. Los obispos franceses han recordado cómo en el Congreso de Niza, el profesor Christian Barnard declaró: 'No podemos en modo alguno y no debemos pedir al enfermo que elija el momento preciso de su muerte; esto sería inhumano (...). Son los médicos y ellos solos quienes pueden decidir cuándo ha llegado para un enfermo el momento de morir. Porque son ellos los únicos

15 Sobre el vocabulario empleado para estos temas, véase, G. Higuera, 'Eutanasia: precisiones terminológicas', en J. Gafo (ed.), *Dilemas éticos de la medicina actual* (Madrid 1986), 141-52.

16 M. Porzio, 'Eutanasia', en *Enciclopedia del Diritto*, XVI, (Varese 1967), 106. Ver P. Consorti, 'Profili giuridici dell'eutanasia', en *Il Diritto Ecclesiastico* 3 (1985/I) 474-84.

17 Cf. B. Domínguez, 'La muerte en la UCI', en J. Gafo (ed.), *Dilemas éticos de la medicina actual*, 153-69. D. J. Lorenzetti, 'Ethics of the Life Prolonging Technology', en D. di Virgilio (ed.), *Il Medico a Servizio della Vita* (Roma 1982) 199-203.

18 Cf. M. Porzio, 'Eutanasia', 107; R. Muñoz Garrido, 'Aspecto jurídicopenal de la eutanasia', en J. Gafo (ed.), *Dilemas éticos de la medicina actual*, 191-204.

que tienen una formación que les permite formular un diagnóstico clínico exacto'<sup>19</sup>.

Los que alegan un cambio fundamental en la valoración social de la eutanasia o los que propugnan su despenalización no abogan por cualquier tipo de muerte, como es evidente. Lo específico de esa eventual figura jurídica de la eutanasia incluirías tres notas indispensables:

- que la acción u omisión accisiva sucediese a una solicitud insistente, y suficientemente atestiguada, por parte del que desea poner fin a su vida;
- que se presuma, al menos, el consentimiento del sujeto cuya vida se pretende suprimir;
- que el médico y personal sanitario, en general, estén motivados únicamente por sentimientos de compasión hacia el paciente<sup>20</sup>.

No es difícil observar que estas tres teorías tienden todas a suministrar un diverso grado de justificación del gesto homicida: es decir, llama la atención que la mayor preocupación de los juristas sea la de ofrecer elementos que atenúen la antijuridicidad de la práctica eutanásica y se reconoce una inesperada concordia de la doctrina en admitir que se está frente a una situación seguramente diversa del homicidio, y que por tanto ha de ser considerada bajo una diferente condición jurídica, capaz de eliminar, o al menos disminuir, la punibilidad del reo'<sup>21</sup>.

Este cambio de la valoración social de la eutanasia, que con frecuencia se invoca como justificación para un eventual cambio en la apreciación jurídico-penal, se ha visto reflejado y reforzado por la famosa declaración de los premios Nobel, firmada por J. Monod, L. Pauling y G. Thompson, junto a 37 personalidades importantes:

'Nosotros, los abajo firmantes nos declaramos por razones de carácter ético en favor de la eutanasia. Creemos que la conciencia moral refleja esté bastante desarrollada en nuestra sociedad para permitir elaborar una regla de conducta humanitaria por lo que se refiere a la muerte y a los moribundos. Deploramos la moral insensible y las restricciones legales que obstaculizan el examen de ese hecho moral que es la eutanasia. Hacemos una llamada a la opinión pública ilustrada para que supere los tabúes tradicionales y evolucione hacia una actitud de compasión hacia los sufrimientos inútiles en el momento de la muerte.

19 'Vida y muerte por encargo. Elementos de reflexión de la Comisión Familiar del Episcopado francés', en *Ecclesia*, 2.201 (15 dic. 1984) 1521. La misma opinión había manifestado en su libro *Good Life, Good Death*, trad. con el título *Elegir su vida, elegir su muerte* (Barcelona 1981). La opinión del Dr. Barnard fue inmediatamente rechazada por el Dr. M. Abiven y el prof. L. Schwarzenberg, con a su vez recoge el mismo documento de los obispos franceses. Ver más abajo, nota 73.

20 Cf. P. Consorti, 'Profili giuridici dell'eutanasia', 474-75. En este sentido conviene recordar que cada punto adquiere su defensor típico en Jost, *Das Rechte auf dem Tod*, (Göttingen, 1895); Hauser, *Die Frage der Euthanasie im schweizerischen Strafrecht*, (Zürich, 1952); English, *Euthanasie und Vernichtung lebensunwerten Lebens in strafrechtlichen Belenchtung* (Stuttgart, 1948).

21 P. Consorti, *ibid.*, 474-75. Véase más en general J. T. McHugh (ed.), *Death, Dying and the Law* (Huntington, Indiana 1976).

Es cruel y bárbaro exigir que una persona sea mantenida en vida contra su voluntad rehusándole la liberación que él desea «dulcemente, fácilmente» cuando su vida ha perdido toda dignidad, belleza, significado, perspectivas de futuro.

El sufrimiento inútil es un mal que debería ser evitado en las sociedades civilizadas. Puesto que todo individuo tiene el derecho de vivir con dignidad —aunque tal derecho sea con frecuencia negado de hecho— tiene también el derecho de morir con dignidad<sup>22</sup>.

Es cierto que la autoridad de este manifiesto ha podido ser ambiguamente esgrimida, incluso por alguno de sus signatarios, en el sentido de abogar unas veces por una franca lucha contra el sufrimiento y otras por la directa supresión de la vida de un enfermo incurable<sup>23</sup>. La misma ambigüedad se observa con frecuencia en las diversas comunicaciones de los medios que aprovechan cualquier oportunidad para hacer saltar ante la opinión pública un problema que indefectiblemente interpela a la sensibilidad humana y para intentar crear un clima favorable a la despenalización de la eutanasia<sup>24</sup>.

## 2. SOBRE LA DESPENALIZACION DE LA EUTANASIA

A lo largo de este último siglo se han ido desarrollando innumerables esfuerzos en favor de una legalización, o mejor despenalización, de la eutanasia, como se puede ver en la famosa obra ya citada de O. Ruth Russell<sup>25</sup>. En los Estados Unidos, ya en 1903 un millar de médicos firmaban un documento en el que solicitaban la legalización de las prácticas eutanásicas. El día 23 de enero de 1906 se presentaba un proyecto de ley en el estado de Ohio 'con relación a la administración de drogas, etc., a personas heridas o enfermas mortalmente', según informaba el *New York Times* el día 24. Ya el año siguiente el parlamento del estado de Iowa extendía esa práctica también a los niños anormales. Ambos proyectos serían anulados por el Congreso Federal. Tampoco prosperaría el escrito presentado en 1912 a la Cámara del Estado de Nueva York.

También en la otra parte del mundo se dieron pasos semejantes. El código penal de la república de Rusia, promulgado el 1 de junio de 1922 des-

22 El manifiesto de los premios Nobel ha tenido una gran influencia. Concretamente ha sido citado explícitamente en la propuesta de ley italiana que vamos a comentar.

23 Así se expresa, por ejemplo, P. Verspieren, *Face à celui qui meurt. Euthanasie, Acharnement thérapeutique, Accompagnement* (Paris 1985) 137-38.

24 Véase, a modo de muestra el artículo de J. Sarabia Alvarezde, 'Cuidados paliativos', en *El País*, (12. mayo. 1986); la información de que «una sentencia facilita en EEUU la supresión de ayuda vital a pacientes moribundos», en *El País* (21. enero. 1985), o la nota de que 'ha sido autorizada la eutanasia en EEUU a un hombre con parálisis total', en *El País* (25. enero. 1987).

25 Véase un buen resumen de estas propuestas y una recopilación de textos en la citada obra de O. Ruth Russell, *Freedom to Die*. También los apéndices de la obra de J. T. McRugh (ed.), *Death, Dying and the Law*, así como varios capítulos de D. J. Horan-D. Mall (ed.), *Death, Dying, and Euthanasia* (Frederick, Maryland 1980).

penalizaba el homicidio por compasión, aunque menos de seis meses más tarde el Comité ejecutivo panruso abrogaba tales disposiciones en todo el territorio de la Unión.

En la Alemania del nacionalsocialismo fue determinante la obra del penalista K. Binding y del psiquiatra A. Hoche sobre la disponibilidad de las 'vidas desprovistas de valor vital'<sup>26</sup>. 'En la misma, al lado del grupo genuinamente eutanásico piadoso, que no era ya novedad alguna en la época, aparecían otros dos constituidos por los idiotas incurables, los parálíticos y los inconscientes sumidos en incurable estupor, cuya vida se considera privada de valor para quienes viven en sociedad, y en consecuencia resultaba sin la consideración de bien jurídico protegible, especie de *res nullius* o *anima vilis*. Tales 'despojos de hombres', 'muertos espirituales' (*geistige Töten*), integran en dicha teoría una rémora para la vida nacional y social, como carga constante e inútil para la comunidad sana y productiva. La inexistencia del consentimiento la salva Binding con la consideración de que los tales seres se hallan carentes de voluntad, tanto para vivir como para morir'<sup>27</sup>. Los mismos autores no sospechaban tal vez que sus doctrinas iban a adquirir trágico reflejo en el programa eutanásico (*Euthanasieprogramm*), que, puesto en marcha por orden secreta de A. Hitler del 1 de septiembre de 1939, conduciría a la eliminación de más de setenta mil enfermos mentales<sup>28</sup>.

Si en el Reino Unido se creaba ya a finales del siglo pasado la 'Voluntary Euthanasia Legislation Society', en los años 1936 y 1947 se presentaron sendos proyectos de ley para solicitar la legalización de la eutanasia, rechazados ambos por la Cámara de los Lores.

Hoy la eutanasia está condenada por la Asociación Médica Mundial que en su Asamblea General de Ginebra, en el año 1948, aceptaba la versión moderna del juramento de Hipócrates: 'Guardaré un respeto sumo por la vida humana'. Dos años más tarde manifestaba:

'Puesto que el Consejo de la Asociación Médica Mundial cree que la práctica de la eutanasia es contraria al interés público, a los principios de la ética y a los derechos naturales, y siendo tal principio contrario al espíritu de la Declaración de Ginebra, determinamos que el Consejo de la Asociación Médica Mundial, reunido en Copenhague, del 24 al 28 de abril de 1950, recomiende a las Asociaciones Médicas Nacionales la condena de la práctica de la eutanasia en cualesquiera circunstancias'<sup>29</sup>.

En 1950 fue enviado a las Naciones Unidas un documento firmado por 2.513 personas, en el cual se solicitaba una enmienda en la Declaración de Derechos Humanos que incluyese el derecho a la eutanasia voluntaria por

26 K. Binding y A. Hoche, *Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Leben* (Leipzig, 1920).

27 A. Quintano Repullés, 'Eutanasia', en *Nueva Enciclopedia Jurídica*, IX, 159.

28 Pueden verse algunos datos importantes en el artículo de M. Porzio, 'Eutanasia', en *Enciclopedia del Diritto*, XVI, 45-49. Ver también J. Rachels, *The End of Life*, 175-78.

29 Puede verse el texto en la obra de J. Gafo, *Nuevas perspectivas en la Moral Médica* (Madrid 1978) 224.



parte de aquellos enfermos que se encuentren en una situación incurable. De nuevo en 1968 se dirigió una interpelación a la misma Asamblea General de las Naciones Unidas por la que se solicitaba del Secretario General la redacción de un informe orientado a la 'protección de la persona humana y de su integridad física e intelectual frente a los progresos de la biología, de la medicina y de la bioquímica'. El informe se publicaría en 1970. Y el año siguiente, la comisión de las Naciones Unidas para la defensa de los derechos humanos adoptaría una resolución encaminada a estudiar la influencia sobre los derechos humanos de los mencionados progresos científicos, así como sus repercusiones sobre el derecho a la salud.

Diversos proyectos de ley han sido introducidos en la cámara legislativa del estado de New Jersey (1957) y Connecticut (1959), así como en Florida en 1973. De 1976 data la ley sobre la muerte natural (*Natural Death Act*), del estado de California, que tanta influencia ha tenido sobre el proyecto italiano de ley que vamos a examinar.

### 2.1. *El caso de Karen Quinlan*

La actualidad de la eutanasia se ha visto incrementada por la publicidad que han alcanzado algunos episodios, como el del célebre proceso de Lieja contra el matrimonio Van der Put, acusado de haber dado muerte a su hija Corinne, de ocho días, que había nacido sin extremidades a causa de la talidomida tomada por la madre durante el embarazo (1962).

Otro episodio célebre ha sido el protagonizado por la joven norteamericana Karen Ann Quinlan, en estado de coma desde 1975 a 1985, sobre el que en 1976 se pronunció el tribunal del estado de New Jersey concediendo a los padres de Karen la capacidad de decidir sobre la oportunidad de desconectar los aparatos que la mantenían en vida vegetativa. La parte más importante de la sentencia reza así:

'Con el fin de alejar toda duda sobre este particular, repetimos que, a partir del asentimiento del tutor y de la familia de Karen, en el caso de que los médicos responsables del tratamiento concluyeran que no existe posibilidad alguna de que Karen salga jamás de su estado actual de coma y llegue a un estado de convivencia y que sea necesario desconectar el aparato que mantiene a Karen en vida, deberán consultar al «comité ético» del hospital o algún otro organismo semejante de la institución donde Karen se encuentre entonces hospitalizada. Si este organismo consultivo está de acuerdo en decir que no existe posibilidad razonable de que Karen salga jamás de su estado de coma actual y llegue a un estado de conocimiento y de conciencia, el aparato que la mantiene actualmente en vida puede ser desconectado y tal acto no podrá incurrir en responsabilidad alguna civil o criminal, a nivel de cualquier participante de que se trate, ya sea tutor, médico, hospital u otros'<sup>30</sup>.

30 Cf. *La Documentation Catholique*, 1698 (16 may 1976) 497; M. Santos Camacho, 'El caso de Karen A. Quinlan. Comentario ético a una sentencia', en *Persona y Derecho*, II (1975). R. Hughes, 'Opinion of the New Jersey Supreme Court in the Karen Quinlan Case', en D. J. Horan - D. Mall (ed.), *Death, Dying, and Euthanasia*, 492-524.

El caso de Karen Quinlan vino a proponer de nuevo muchas de las cuestiones que venían siendo discutidas sobre la eventual distinción entre 'matar o dejar morir'. Desconectar el respirador artificial se ha convertido, en efecto, en el ejemplo clásico de este problema. Como se sabe, James Rachels se ha manifestado con frecuencia como el más decidido representante de la tendencia que pretende que 'matar' no es, en sí mismo, peor que dejar morir. La pura diferencia entre el acto de matar y el acto de dejar morir no sería en sí misma una diferencia dotada de una relevancia moral. Para demostrarlo, J. Rachels suele citar el caso de dos personas que desean la muerte de un pariente para heredar su fortuna: mientras uno lo ahoga en la bañera, el otro no le presta el auxilio necesario cuando lo ve resbalar y ahogarse en la bañera<sup>31</sup>. Al autor, que con razón contempla la identidad de intenciones y de efectos en sus ejemplos, se le escapan las enormes diferencias que pueden existir en otros muchos casos que con frecuencia se le presentan a la técnica médica. Como muy bien ha sido escrito en un conocido manual de ética biomédica, mientras que los casos aducidos por J. Rachels implican dos acciones —una acción y una omisión, que en realidad es equivalente— que son en sí mismas *injustificables*, puede haber muchas situaciones en las que es claramente distinguible un *matar injustificable* de un *dejar morir justificable*<sup>32</sup>. El criterio ético, como se verá más adelante, no se sitúa en el terreno de las intenciones ni en el de las consecuencias fácticas, sino que deberá tener en cuenta toda una serie de valores que obstinadamente se niegan a una pretendida jerarquización y entran de pronto en conflicto.

Sería impropio discutir aquí si esos valores conflictivos son precisamente el de la 'cantidad de vida' y el de la 'calidad de vida'. La invocación de este segundo valor resulta inevitablemente ambigua, cuando en la determinación de la pretendida calidad de vida se apela a criterios extrínsecos a la misma persona o no se distingue adecuadamente las cualidades formalmente humanas de las cualidades que podrían ser denominadas como accesorias, según la aguda matización del doctor Diego Gracia<sup>33</sup>.

Un serio intento de establecer esta distinción se encuentra, en el mismo caso de Karen Quinlan, en la rápida declaración con que monseñor Lawrence Casey, el obispo católico de Patterson (New Jersey), diócesis a la que pertenecía la muchacha, contestó a la decisión tomada por el tribunal supremo del Estado:

31 Cf. J. Rachels, 'Active und Passive Euthanasia', *New England Journal of Medicine* 292 (en. 1975) 78-80; Id., *The End of Life. Euthanasia and Morality*, 129-50. Para una ampliación de la discusión sobre esta distinción entre matar y dejar morir, puede verse B. Steinbock, (ed.), *Killing and Letting Die*, (Englewood Cliffs, N. J., 1980); J. Ladd (ed.), *Ethical Issues Relating to Life and Death*, (New York 1979); G. Meilaender, 'The Distinction Between Killing and Allowing to Die', en *Theological Studies* 37 (1976) 467-70; J. Childress, 'To Kill or Let Die', en *Bioethics and Human Rights*, editado por E. Bandman y B. Bandman (Philadelphia 1981).

32 Cf. T. L. Beauchamp y J. F. Childress,, *Principles of Biomedical Ethics*, 2 ed. (New York, 1983) 117-20.

33 D. García, *Ética de la calidad de vida* (Madrid 1984), 68.

'Hay que felicitar al Tribunal por la sabiduría de que ha dado prueba en esta decisión. Ha aceptado la responsabilidad de colmar una laguna grave de la legislación: la de las prácticas médicas con relación a casos juzgados sin solución o privados de toda esperanza realista de curación. Al identificar la situación de Karen como un caso en el que no existe «alguna posibilidad realista de vuelta a una cierta apariencia de vida consciente», el tribunal la distingue de una serie de otros casos en los que sí existe tal posibilidad. Al reconocer que el aparato destinado a sostener la vida de la muchacha no hace más que mantenerla en un estado vegetativo sin aportarle una cierta esperanza de curación, el tribunal ha colocado este aparato en la categoría de los medios extraordinarios para prolongar la vida. Tal clarificación y distinción ofrecerán un servicio a las familias y al personal médico que se enfrentan con situaciones semejantes a las de Karen, sin extender la aplicación del juicio a los casos en que existe la posibilidad de una vuelta a la salud y a la vida consciente y en que el aparato destinado a sostener la vida cumple una función positiva'<sup>34</sup>.

Como se ve, la distinción entre las situaciones mismas, en su posibilidad y esperabilidad de vida, se constituye en una especie de principio intrínseco que proyecta su luz al ámbito extrínseco de los medios utilizables o prescindibles en cada caso, que, por cierto, son calificados de acuerdo con la terminología tradicional en la Teología Moral, que pronto sería sustituida por la calificación de medios proporcionados y desproporcionados, como se verá más adelante.

A propósito todavía del caso de Karen Quinlan se ha discutido si desconectar el respirador artificial podía considerarse como un acto moralmente diferente de la supresión de toda alimentación endovenosa o la administración de una inyección con una sobredosis de morfina, actividades cuya licitud —o despenalización, en su caso— es reivindicada por los que vienen abogando por una eutanasia postiva directa o, al menos, por la identificación entre el 'matar' y el 'dejar morir'. En este contexto ha podido escribir el profesor Javier Gafo:

'Ya hemos indicado que nos parece totalmente legítima la desconexión del respirador. Pero ya aparece mucho más dudoso que se la (a Karen) pueda dejar de alimentar con suero. Existen ciertamente opiniones que consideran que se trata de una forma de alimentación «artificial», «extraordinaria» y «desproporcionada» y que, por tanto, es legítimo dejar morir por consunción a un paciente irremediamente perdido. A nosotros nos parece que el derecho a ser alimentado es tan primario que no aceptamos la supresión de toda alimentación, aunque se haga mediante una técnica artificial, por otra parte hoy tan «ordinaria» como puede ser la alimentación por vía venosa'<sup>35</sup>.

34 Cf. *La Documentation Catholique*, 1698 (16 may. 1976) 497-98; aquí ofrecemos nuestra propia tradición publicada ya en *Colligite* 22 (1976) 140.

35 J. Gafo, 'Eutanasia y derecho a morir en paz', en la obra en colaboración *La eutanasia y el derecho a morir con dignidad* (Madrid 1984) 133. Sobre si la retirada del respirador puede ser clasificado como una acción o una omisión, véase G. Skegg, *Law, Ethics, and Medicine. Studies in Medical Law* (Oxford 1984) 161-81.

El caso de Karen Quinlan sería citado en estos años siempre que se planteara la discusión sobre el tema de la eutanasia. Su importancia reside en la violenta e intuitiva confrontación de diversos puntos de vista éticos y jurídicos. Pero, sobre todo, supuso un paso notable de clarificación en medio de una confusión que a veces parecía intencionada. La sentencia del tribunal no aludía evidentemente a la eutanasia, como tampoco a la antidistanasia. Pero venía a reconocer el deber y el derecho de la sociedad a reclamar e introducir una cierta reglamentación en los casos de enfermedades irreversibles, en los que el avance de las técnicas reanimatorias puede prolongar indefinidamente una vida meramente vegetativa o de alguna manera sustraída al señorío y la dignidad de la persona humana. La sentencia venía a ratificar la legitimidad —y, en consecuencia, la despenabilidad de las prácticas antidistanásicas, siempre que fueran realizadas con las debidas cautelas y tras el dictamen de un comité ético, cuando ya se hubiera perdido la esperanza de mantener una vida plenamente humana y cuando se planteara la cuestión de la eventual decisión de abstenerse de ciertas medidas terapéuticas consideradas como extraordinarias<sup>36</sup>.

## 2.2. *La situación en los Estados Unidos*

Los acontecimientos se han ido sucediendo con una notable rapidez en esta década de los ochenta. El caso de Karen Quinlan desencadenó, en efecto, una corriente de opinión que parece haber ido ganando terreno de día en día en el sentido de restringir cada vez más los cuidados a los enfermos que se encuentran en su fase terminal. En 1983, Clarence Herbert sufrió un daño cerebral durante una operación quirúrgica y nunca más recobró la consciencia. Dos días más tarde, y con la aparente aprobación de la familia los doctores Barber y Nejdí procedieron a retirar el respirador artificial. Como el hecho no paralizó la respiración espontánea del paciente, dos días más tarde, ordenaron la retirada de la alimentación intravenosa que motivaría la muerte de Mr. Herbert en menos de una semana. Tras un largo proceso, los tribunales de Los Angeles absolverían a los doctores del crimen de homicidio en primer grado del que habían sido denunciados. Las causas invocadas para tal sentencia despenalizadora fueron tres: 1) los doctores no habían 'matado' a su paciente, puesto que la causa 'próxima' de su muerte no era atribuible a la retirada de la alimentación intravenosa o a otro acto de los médicos; 2) la conducta de los mismos no había sido 'ilegal', puesto que la decisión de retirar los tubos estaba basada en un juicio sensato sobre la irreversibilidad de la situación del

36 Cf. P. Verspieren, *Face à celui qui meurt*, 29-42: 'La décision de s'abstenir de certaines thérapeutiques'. De entre la abundante bibliografía relativa a los comités de ética, queremos recordar aquí R. E. Cranford y E. J. Van Allen, 'The Implications and Applications of Institutional Ethics Committees', en *American College of Surgeons Bulletin*, 70 (1985/5) 19-24; R. Cranford, A. E. Doudera (eds.), *Institutional Ethics Committees and Health Care Decision Making* (Ann Harbor, 1984); F. A. Isambert, 'De la bio-éthique aux comités d'éthique', en *Etudes* (1983) 671-83; J. D. Seay, 'On forming an Institutional Ethics Committee: The Dilemmas' Dilemma', en *Bulletin of the New York Academy of Medicine*, 61 (1985) 842-52.

paciente; 3) los médicos no habían actuado con 'malicia' al retirar la alimentación artificial.

Como era de imaginar, la discusión sobre los tres elementos —causación de la muerte, justificación legal, e intención de los agentes— no ha cesado sino que se ha agravado con motivo de otros casos célebres como el de Conroy o el de Nancy Jobes, ambos llevados ante los tribunales de New Jersey, o el de Paul Brophy contra el New England Sinai Hospital, que en 1986 llegó hasta el tribunal supremo de Massachusetts.

Entre tanto, las llamadas leyes sobre la decisión de vida (*living will laws*) proporcionan una justificación legal para la retirada de la nutrición y la hidratación. En la práctica, la mayor parte de las legislaciones incluyen la provisión de inmunidad para el personal médico-sanitario que retira el tratamiento para cumplimentar una de esas decisiones de vida. Así sucede al menos en treinta y dos estados, además del Distrito Columbia. Un gran número de legisladores determinan explícitamente que la retirada del tratamiento a un paciente que haya firmado una 'decisión de vida' no constituye ni suicidio ni homicidio, y algunos estados llegan a excluir además que tal acto constituya la violación de cualquier ley criminal.

Durante algunos años, las leyes de la mayor parte de los estados excluían la nutrición y la hidratación de la categoría de medidas de tratamiento y prolongación de la vida que podrían ser retiradas para cumplimentar las decisiones de vida.

Sin embargo, en el año 1985 y 1986 se multiplicaron las declaraciones de las Asociaciones médicas y las Asociaciones hospitalarias americanas que venían a declarar como 'no-antiética' la retirada de los medios de nutrición y de hidratación aplicados a los enfermos terminales. Contra el parecer y las declaraciones de diversos grupos, como la misma Conferencia Nacional de los Obispos Católicos, el Estado de New Jersey, en junio de 1987, ha despenalizado en la práctica la retirada de tales medios que, de este modo, y por emplear la terminología tradicional, vienen a ser catalogados en la categoría de los medios extraordinarios.

Entre tanto, la Asociación Americana y su declaración (15.3.1986) sobre la eticidad de la interrupción de los medios de prolongación de la vida en enfermos comatosos aunque no terminales, han ejercido una profunda influencia tanto sobre la opinión pública, como sobre la práctica hospitalaria.

Se han elevado voces para denunciar que los pacientes, o simplemente los individuos, que firman una decisión de vida (*living will*) ignoran el alcance exacto de su declaración al desconocer la situación en que les deja de hecho la interrupción de los medios de alimentación, y para recordar la necesidad de un verdadero 'consentimiento informado'.

Por otra parte, se advierte con frecuencia que la legalidad de tales decisiones de vida está llevando lentamente a una situación determinada por una especie de presunción de consentimiento del paciente que, con más frecuencia de la debida, llevaría a considerar medios extraordinarios los que no lo serían en realidad.

De ahí que se considere que sería necesaria la presentación de una alternativa que, de hecho, podría verse ejemplificada por documentos como el 'Ohio Patient's Rights Act'. Su parte nuclear tiende a establecer la presunción legal de que todos los pacientes privados de la capacidad de decisión han dado a los que han de cuidarse de su salud las instrucciones oportunas para que les provean del tratamiento médico adecuado así como de los cuidados mínimos, que incluyen el alimento, el agua y los calmantes del dolor.

El documento reconoce, sin embargo, que hay circunstancias extremas en que el tratamiento puede ser inútil, dañino o imposible, por lo cual prevé tres excepciones a la presunción de la citada obligación de prestar los cuidados necesarios a los enfermos incapaces de tomar decisiones: 1) no hay presunción de que tal paciente quiera un tratamiento que en sí mismo causaría sufrimientos graves, duraderos e intratables; 2) tampoco vale tal presunción cuando se trate de tratamientos que tienen el único fin de posponer la muerte de un paciente crónico e irreversible que se halla en el estadio final de una enfermedad terminal; 3) con el mismo tipo de pacientes y cuando la muerte es inminente tampoco existe la presunción de que el paciente quiere o no cualquier tipo de tratamiento, excepto el que calme sus dolores, con tal de que no se permita su muerte por hambre o por deshidratación: es decir, existe todavía la presunción a favor del tratamiento que alivia el sufrimiento<sup>37</sup>.

### 2.3. Una iniciativa del Consejo de Europa

Ya el 24 de enero de 1974 algunos miembros de la Asamblea parlamentaria del Consejo de Europa habían presentado en ella una proposición de recomendación del Consejo de ministro para que formulase y promulgase una declaración europea de los derechos de los enfermos. La propuesta fue transmitida en efecto a la Comisión para las cuestiones sociales y la salud, la cual, tras dos años de consultas, redactaría un Informe que daría origen a un *Proyecto de recomendación* para el Consejo de ministros y un *Proyecto de resolución* que habría de ser dirigido a los organismos relativos a la medicina de los Estados miembros, así como a la oficina regional para Europa de la organización Mundial de la Salud. Discutidos del 26-29 de enero de 1976, ambos proyectos serían aprobados por la Asamblea.

Tanto en el Informe como en el Proyecto de recomendación se diseñaba un elenco de cinco derechos del enfermo que habrían de resultar orientativos para sucesivos documentos emanados por Estados miembros.

37 Cf. E. R. Grant - C. D. Forsythe, 'The Plight of the Last Friend: Legal Issues for Physicians and Nurses in Providing Nutrition and Hydration', en *Issues in Law and Medicine* 2 (1987) 277-299; G. Havens, 'Psychosocial Implications of Providing Nutrition and Hydration to Patients', *ibid.*, 301-315; R. A. Burt, 'Withholding Nutrition and Mistrusting Nurturance: The Vocabulary of *In re Conroy*', *ibid.*, 317-336. Sobre las implicaciones de las *Living Wills* y el documento del Estado de Ohio, pueden verse los comentarios de David N. O'Steen y James Bopp, en el periódico *National Right To Life News* de 27. marzo. 1986. Sobre el tema publicaron una nota los obispos norteamericanos de la comisión Pro-Vida en junio de 1986.

a) *El derecho a la libertad* del enfermo frente a la organización hospitalaria subraya sobre todo su capacidad de abandonarla en cualquier momento en que él lo crea conveniente, rehusando por tanto las eventuales intervenciones que podrían serle ofrecidas.

b) *El derecho a la dignidad y a la integridad personal*, que en la práctica se reduce a la exigencia de unos locales e instalaciones que respeten la privacidad, de un secreto profesional que impida la entrega de información sobre el enfermo a los extraños, y a la afirmación de que 'el individuo tiene derecho al respeto de la integridad de su ser todo entero (cuerpo y espíritu)'.<sup>38</sup>

c) *El derecho a ser informado* y *el derecho a la verdad*, que, por ambiguos que parezcan, están encaminados a reconocer al enfermo su protagonismo en la aventura de su propia curación.

d) *El derecho a los cuidados apropiados*, que en el Informe se refería a 'la experimentación sobre el hombre, comprendidos los experimentos con nuevos medicamentos'.

e) *El derecho a no sufrir*, que tiene especial relación con el tema que nos ocupa, se expresaba en el Informe en los siguientes términos:

'El paciente tiene el derecho de beneficiarse de todas las terapias recientes para facilitar el diagnóstico y la curación, pero también para hacer cesar el sufrimiento.

El progreso de las ciencias médicas ha prolongado la duración de la existencia sin impedir siempre, sin embargo, la degradación de las funciones orgánicas. Por otra parte, la prolongación de una vida sin esperanza alguna puede corresponder a un gran sufrimiento no sólo para el mismo enfermo, sino también para quien le está cercano. En el caso en que el diagnóstico haya sido médicamente establecido, ¿es necesario, entonces, continuar prolongando una vida sin esperanza alguna, o es preciso conceder al enfermo el derecho, si está en grado de expresarse, de ser aliviado inmediatamente y sin sufrimiento'.

Con razón observa el P. Lener que tanto el Informe como la discusión en el seno del Consejo de Europa oscilaron frecuentemente entre la proclamación del 'derecho a no sufrir', el 'derecho a no sufrir inútilmente', el 'derecho a no sufrir más' (en los casos desesperados), y el 'derecho a ser aliviado del sufrimiento'. Según él, la variedad de nombres depende sustancialmente de la diversidad de contenidos confusamente asignados a este derecho. 'Se va del mínimo de un alivio del sufrimiento mediante analgésicos al extremo de la occisión del paciente, como medio radical para hacer cesar todos sus sufrimientos'<sup>38</sup>.

38 S. Lener, 'Sui diritti dei malati e dei moribondi. È lecita l'eutanasia?', en *La Civiltà Cattolica* (1976) II, 217-32, *ibid.*, 223. Cf. A. Campbell, 'The Right to Be Allowed to Die', en *Journal of Medical Ethics*. 9 (1983) 136-40.

De hecho, el mismo Informe ha dedicado un amplísimo espacio al tema de la eutanasia, que parecía ya a primera vista estrechamente vinculado con algunas interpretaciones del derecho a no sufrir por parte del enfermo... y 'del que le está cercano', expresión que no debería ser olvidada con excesiva frivolidad tratándose de la eventualidad de la supresión de la vida de un enfermo por razones que, aun estando vinculadas con su enfermedad, no le son intrínsecas.

Es cierto que en el Informe se subraya que 'en la ética médica puede determinarse una penosa tensión entre el instinto —también el deber (si existe el derecho a no sufrir), como correctamente apostilla el P. Lener— de impedir el sufrimiento y el deber de prolongar la vida' y que 'en cualquier discusión sobre la eutanasia, el derecho a la vida constituye un punto de partida apropiado', pero tal derecho a la vida es reivindicado con llamativa debilidad y, por otra parte, el derecho a no sufrir recibe contenidos tan diversos y a veces tan contradictorios como 'el derecho a ser sanado, el derecho a ser anestesiado, y el derecho a ser colocado de forma permanente al abrigo de todo sufrimiento'. Todo ello hace pensar que el problema de la eutanasia ha sido reducido demasiado a la ligera por el Consejo de Europa a un simple problema de equilibrio inestable entre el derecho a la vida y el derecho a no sufrir.

Estas discusiones y orientaciones del Consejo de Europa estaban, sin embargo, llamadas a tener una definitiva influencia en las eventuales leyes despenalizadoras de la eutanasia, como lo demuestra la propuesta italiana de ley que más abajo se expondrá.

Es cierto también que el Informe presentado en el Consejo de Europa recordaba que los médicos 'solicitan la libertad de actuar en conformidad con su juicio profesional y de sus principios, y rehusan dar la muerte a petición' (p. 19) y, con mayor razón, cuando no existe tal solicitud por parte del paciente. El Informe señalaba que la mayoría de los médicos estaban, por consiguiente en una postura de rechazo ante la voluntaria abreviación de la vida humana. Pero las observaciones sobre la situación estadística no atenúan la gravedad del problema planteado ni fortalecen la endeblez de los criterios éticos manejados por el Informe.

#### 2.4. *El referendun de Zürich*

El día 25 de septiembre de 1977 los habitantes del cantón de Zürich estaban invitados a manifestar su opinión sobre 16 propuestas que se les presentaban a referendun. Entre ellas se encontraba una propuesta de ley sobre la eutanasia que, para sorpresa de todos recibiría una acogida favorable de 203.148 votos afirmativos contra 144.822 negativos. El periódico *Neue Zürcher Zeitung* se refería a este episodio calificándolo como una '*panne* de la democracia', puesto que todos los partidos se habían pronunciado previamente en contra de la iniciativa legal y durante la misma campaña electoral el tema había suscitado una resonancia escasa.

La propuesta iba encaminada a introducir una nueva legislación, según



la cual la ocisión de una persona que lo haya solicitado con anterioridad debe considerarse exenta de toda pena en el caso de que se verifiquen algunas condiciones:

1) La persona en cuestión debe padecer una enfermedad incurable y dolorosa que, con toda certeza, se presume como mortal.

2) Tales particularidades de la enfermedad han de ser certificadas por un médico dotado de un diploma federal y también por un médico cantonal o bien por un delegado.

3) El enfermo que se halla aquejado de tales dolencias debe expresar ante notario y dos testigos su deseo de morir.

4) Transcurridas al menos setenta y dos horas a partir de esa declaración, otro documento igualmente escrito debe certificar que el enfermo está en condiciones de retractarse de su deseo de morir y, sin embargo, mantiene la misma decisión, al tiempo que se comprueba que se encuentra en posesión de su sano juicio, y se hace constar mediante certificado médico.

5) La eutanasia, finalmente, ha de ser practicada por un médico dotado de diploma federal, que no podrá ser ninguno de los médicos a los que se hace referencia en los números 2) y 4).

A tenor de lo expresado por los promotores de aquella iniciativa, ésta iba dirigida tanto al paciente como a los médicos. Se trataba en efecto de legislar de forma que un médico pueda poner término de un modo no doloroso a la vida de una persona que se encuentra en trance de muerte y aquejada por graves sufrimientos, actuación que debería responder a la expresa petición del enfermo y que no sería penalizada.

En cuanto al valor mismo de la votación, es necesario observar que se trataba de una *Standesinitiative*. Eso significa que, como consecuencia de la votación, el gobierno cantonal de Zürich quedaba obligado a presentar el texto de ley al Parlamento federal, el cual habría de discutirlo con posterioridad. Posiblemente ese significado del referendum dentro del *iter* legislador de la Conferencia explique la mayoría de votos obtenida por una iniciativa que se sabía no era definitiva y más teniendo en cuenta que en 1975 el Parlamento federal había discutido una propuesta semejante y había rechazado la eutanasia activa o positiva<sup>39</sup>.

Por otra parte, la Academia Suiza de Ciencias Médicas había publicado, en abril de 1977, algunas *Directrices sobre la ayuda a los moribundos*, que han obtenido un amplio reconocimiento. En ellas se contempla el caso del enfermo que se encuentra en estado irreversible, se permite al médico que mitigue sus sufrimientos aun a costa de acortar su vida y se afirma, por otra parte que el médico no está obligado a emplear todas las posibilidades terapéuticas que podrían ser utilizadas para prolongar la vida.

Pero, como es claro, de esta disposición anti-distanásica a la actuación

39 Véase H. Heerle, 'Che cosa significa el «si» di Zurigo all'eutanasia attiva', en *La Civiltà Cattolica* (1977) IV, 501-04.

cuya despenalización se solicita a la larga por la iniciativa presentada en Zürich a referendum hay una gran diferencia. De todas formas, una vez más, la iniciativa indica la orientación de un camino hacia la despenalización de la eutanasia por el que muchas personas y asociaciones han venido abogando en este siglo.

### 2.5. *La propuesta italiana de ley*

Muy atinadamente ha escrito Philippe Ariès que la muerte, cambiando de definición 'ha dejado de ser el instante en que se había convertido desde el siglo XVII aproximadamente, pero cuya puntualidad no tenía antes'<sup>40</sup>. En la antigüedad, la instantaneidad estaba atenuada por la certidumbre de una continuidad. El dualismo alma-cuerpo que retorna al escenario en los tres últimos siglos, convierte el fallecimiento en un instante de separación. Pero la técnica médica de la actualidad ha recuperado la dimensión progresiva de la muerte y el morir.

El tiempo de la muerte se ha alargado. Y se ha complicado la determinación del momento del fallecimiento y aún la definición de la misma muerte. Tanto las técnicas de reanimación como la relativa extensión de los trasplantes de órganos han hecho necesarios los numerosos intentos de definición de la muerte, como el elaborado por el comité *ad hoc* designado en 1968 por la Universidad de Harvard<sup>41</sup> o el difundido en octubre de 1984 por el Comité Sueco para la definición de la muerte<sup>42</sup>.

Las sorprendentes intervenciones técnicas y las mismas preguntas sobre la muerte, han originado, como explica el mismo Philippe Ariès una nueva conciencia y preocupación ante la muerte. En nuestros tiempos, afirma él no sin humor, Iván Ilitch sería cuando en el hospital: 'quizá se habría curado y no habría habido novela...'

Pero esas intervenciones hospitalarias son percibidas con frecuencia bajo la imagen terrorífica de un cierto 'encarnizamiento técnico'<sup>43</sup>, que parece reclamar un ordenamiento jurídico penal, que en realidad se pretende como una legalización de la eutanasia.

'A veces se afirma que se han dado ya pasos en favor de la legalización de la eutanasia. Esto no es verdad: algún estado de USA, el famoso Bill of Rights (Carta de los Derechos de los Enfermos de los Hospitales USA), los proyectos de ley presentados en algunos países europeos (por ejemplo, el presentado en Francia por Caillavet), no pretenden la legalización de la eutanasia, sino el reconocimiento del derecho del enfermo a una muerte

40 Ph. Ariès, *El hombre ante la muerte* (Madrid 1983) 485.

41 Sobre el informe del Comité de Harvard puede verse el *Journal of the American Medical Association*, 205, n. 6, del 5 de agosto de 1968; cf. J. Paris - R. E. Cranford, 'Definition of Brain Death', en *Theology Today* 40 (1983-84) 5-14.

42 The Swedish Ministry of Health and Social Affairs, *The Concept of Death. Summary. Report of the Swedish Committee on Defining Death*, (Stockholm 1984). Agradecemos la gentileza a la Embajada de Suecia en España.

43 P. Verspieren, *Face à celui qui meurt*, 12-80.

digna y a oponerse al encarnizamiento terapéutico. Sin embargo, existen bastantes peticiones que dan un paso más adelante y solicitan una auténtica despenalización o legalización de la eutanasia. Se exige que, de la misma forma que se reconoce el derecho fundamental a la vida, también se admita el derecho a la muerte, a disponer de la propia vida'<sup>44</sup>.

Entre los intentos más recientes es necesario analizar aquí, siquiera sea brevemente la proposición de ley (n. 2405) presentada en la Cámara italiana de Diputados el 19 de diciembre de 1984 por los diputados Fortuna, Artioli, Trappoli, Scaglione, Fincato, Grigoletto, Mundo, Alberini y Fiandrotti bajo el título *Normas sobre la tutela de la dignidad de la vida y disciplina de la eutanasia pasiva*.

#### 2.4.1. *La relación de presentación*

Comienzan los diputados curiosamente con una alusión a los sentimientos de Iván Ilitch ante la muerte y la referencia al psicoanálisis y al catolicismo que, desde vertientes diversas coinciden en afirmar que la aceptación de la idea de la propia muerte determina una relación más serena con la vida. Tras estas referencias existenciales se recuerda que 'el ordenamiento jurídico no es indiferente (o al menos no puede serlo) al concepto de muerte como hecho liberatorio de una existencia que se considere demasiado dolorosa para poder concluir la o hacerla concluir de forma natural o bien para deber prolongarla de forma artificial'<sup>45</sup>.

A) La relación de presentación pasa inmediatamente a afirmar que ése es el caso de la eutanasia, para cuya definición se acude al citado Informe del Consejo de Europa (1976); recuerda la ley rusa de 1922 y los diversos intentos legales que en este trabajo han sido recordados, así como el conocido manifiesto de los Premios Nobel y, por otro lado, las corrientes adversas a la eutanasia entre diversas religiones, entre las cuales se cita el documento del Sínodo general de la Iglesia Anglicana y el de la Sda. Congregación para la doctrina de la Fe de 5 de mayo de 1980.

Se recuerda a continuación que según la legislación italiana, la eutanasia activa es considerada como homicidio del consenciente o como homicidio voluntario, según que la víctima haya prestado o no su consentimiento, aunque cabría aplicar como atenuante la motivación de la compasión. Se sugiere, sin embargo que, teniendo en cuenta algunas sentencias del Tribunal Constitucional que propugnan una interpretación 'laica' del concepto del derecho a la vida,

44 J. Gafo, 'Eutanasia y derecho a morir en paz', en *La eutanasia y el derecho a morir con dignidad* (Madrid, 1984) 132. Nuestra consulta a las principales embajadas extranjeras en España no ha dado diferentes resultados.

45 *Proposta di Legge d'iniziativa dei deputati Fortuna, Artioli, Trappoli, Scaglione, Fincato, Grigoletto, Mundo, Alberini, Fiandrotti, presentata il 19 dicembre 1984. Norme sulla tutela della dignità della vita e disciplina della eutanasia passiva*, 1. Agradecemos a la embajada de Italia en España el envío de esta proposición de ley.

la eventual dscriminalización de la eutanasia activa no parecería oponerse a la Constitución.

Ahora bien, sobre la eutanasia pasiva la ausencia de tal oposición es más evidente, 'puesto que dondequiera que se ha afrontado y debatido el problema, las voces han sido concordes en el rechazo de todo inútil encarnizamiento terapéutico con relación a los llamados enfermos terminales'<sup>46</sup>. A modo de apoyo, además de algunas convenciones internacionales, de Nürnberg 1947 a Milán 1984, se citan la resolución de la comisión de las Naciones Unidas (1971) sobre la protección del enfermo frente al progreso científico, la 'Declaración de Derechos del enfermo' (*Patient's Bill of Rights*) formulada en 1972 por el consejo de administración de la Asociación Americana de Hospitales, la ley sobre la muerte natural (*Natural Death Act*) del estado de California (1976), la recomendación del Consejo de Europa (1976) y la declaración de la Sda. Congregación para la Doctrina de la Fe (1980).

Especial mención merece la recomendación del Comité de ministros del Consejo de Europa, el cual invitaba a los gobiernos de los Estados miembros a crear, entre otras cosas, comisiones nacionales: a) para la elaboración de normas de comportamiento orientativas para el tratamiento debido a los moribundos, la utilización de medidas especiales en la prolongación de la vida, así como, b) para examinar la eventual situación de los médicos que hubieran renunciado a tomar medidas artificiales capaces de prolongar el proceso de muerte en enfermos terminales agónicos o bien la situación de los médicos que hubieran intervenido con tratamientos indicados para calmar los dolores de tales enfermos pero susceptibles de desarrollar un efecto secundario sobre el proceso de muerte, y finalmente, c) para examinar la cuestión de las declaraciones formuladas por personas jurídicamente capaces que autoricen a los médicos a tomar medidas orientadas a la prolongación de la vida, en particular en el caso de paro irreversible de las funciones cerebrales.

B) Evidentemente, la propuesta italiana de ley pretende justificarse como el intento de uno de los Estados miembros por crear las condiciones adecuadas para el cumplimiento de la recomendación del Consejo de Europa. Así se expresan, en efecto, los relatores de la propuesta de ley:

'Con la presente propuesta de ley —además de recoger una exigencia ya manifiesta en las colectividades— se obedece también a la recomendación formulada por la asamblea del Consejo de Europa precisando: 1) que el Parlamento, en su soberanía, puede directamente afrontar y resolver el problema de la eutanasia pasiva; 2) que en la situación actual no consta que exista norma alguna, civil o penal, que imponga o prohíba el encarnizamiento terapéutico; 3) que —una vez reconocidas a la medicina las funciones de sanar, cuidar y mantener la vida— la eventual anticipación del *exitus*, debida a terapias analgésicas, no comporta responsabilidad alguna del médico. En efecto, entre el debido equilibrio entre el derecho

46 Ibid., 3. Cf. L. Lorenzetti (ed.), *Eutanasia. Il senso del vivere e del morire umano* (Bologna 1987) donde se recogen interesantes reflexiones de F. D'Agostino y A. Bondolfi sobre el problema jurídico-político de la eutanasia.

del enfermo a la tutela de la vida, incluso en relación a la fase final del proceso degenerativo, y el derecho del enfermo a no soportar sufrimientos inútiles, hay que reconocer la preponderancia de este último; 4) que, incluso en la hipótesis de que el médico, aun conociendo el consentimiento relativo a las terapias de sostenimiento vital, rehuse practicarlas, no se le puede imputar —civil o penalmente— la muerte del enfermo, ya que la simple supervivencia no entra dentro del ámbito de la tutela suministrada por las leyes civiles o penales. En tal hipótesis podrá, si es el caso, reconocerse la violación de normas de carácter deontológico, sancionada como tal por el relativo código<sup>47</sup>.

Los cuatro puntos merecerían un profundo estudio tanto desde el aspecto ético, como jurídico. Basten aquí unas breves notas. Como se ve, la proposición de ley ha evitado cuidadosamente situarse en el peligroso terreno de la eutanasia activa, que, aun propugnada por individuos concretos —más fuera que dentro del campo médico-sanitario— o por organizaciones y asociaciones preocupadas por el reconocimiento público del 'derecho a la propia muerte', no ha entrado en las perspectivas legales, sino en los aislados casos inmediatamente revisados y abrogados, como ya se ha recordado más arriba. Por otra parte, la proposición de ley se coloca en principio en la situación *de iure condendo*, percibida con una especial sensibilidad en todas partes, ante la indefensión y los posibles abusos que podrían amenazar al enfermo sometido a técnicas sanitarias abusivas que eventualmente podrían convertirse en meros experimentos a su costa. La proposición de ley italiana recuerda además las tres funciones de la medicina, ya recordadas por el Informe y la Recomendación del Consejo de Europa y establece un criterio ético de comportamiento basado en el esquema del conflicto de deberes o de valores, que tanta importancia ha tenido en los planteamientos modernos de una ética teleológica<sup>48</sup>. Tan discutible como este planteamiento puede resultar el que subyace al punto cuarto, en el que trata de delimitarse la obligación del médico respecto a la vida que le ha sido confiada. A pesar de la contradicción que pudiera aparecer a primera vista, consideramos que este cuarto punto podría responder al espíritu de la *Declaración de Helsinki*, al menos en los aspectos que acercan la asistencia sanitaria al enfermo terminal a las fronteras resbaladizas de la investigación clínica no terapéutica<sup>49</sup>.

C) Tras estas cuatro consideraciones, la proposición de ley italiana aborda el principio fundamental que subyace como piedra angular a toda su argumentación y que como tal es explícitamente afirmado: el de la protección de la

47 Ibid., 3-4.

48 Sobre este tema, véase, por ejemplo, B. Schüller, 'Modos de fundamentar las normas morales', en *Concilium*, 120 (1976) 535-48.

49 Recuérdese la última de las normas de la *Declaración de Helsinki*: 'El investigador o el equipo debe interrumpir la investigación si a juicio del investigador o del equipo puede ser dañosa para el individuo si continúa'.

vida entendida como un todo y como un proceso global de la persona humana a la que se ha de respetar:

'Se ha considerado que la fase conclusiva del ciclo de la existencia sigue siendo siempre un segmento de la vida del individuo, y como tal la de ser protegido. Aun dando por admitido que se tenga siempre el deber de vivir, conservando la propia integridad para poder cumplir con las tareas de la solidaridad, es igualmente verdadero que no se tiene la obligación de sobrevivir a cualquier precio: la supervivencia a cualquier precio, si fuese impuesta, se resolvería en la violación de los límites impuestos por el necesario respeto de la persona humana, y como tal entraría en contraste con la Constitución (art. 32)' <sup>50</sup>.

Es interesante esta recuperación del aspecto de continuidad de la vida y de la muerte humana, a la que aludía Philippe Ariès. También es necesario subrayar que la proposición de ley, ya en su relación de presentación, no sólo reivindica el derecho a la vida, aunque sea en una clave laica, como ha afirmado previamente, sino que recuerda el deber de vivir que a todo hombre le urge y obliga, si no desde la perspectiva creyente de la afirmación del señorío de Dios sobre la existencia humana, al menos desde la misma consideración antropológica de la solidaridad de la existencia. Afirmar, por otra parte, que no se tiene el deber de sobrevivir a cualquier precio, por novedoso que resulte a primera vista, no es otra cosa que afirmar, como han hecho muchos moralistas, que la vida humana es un valor importante, pero no el único, ni el absoluto, porque en este caso nunca podría ser entregado en aras del amor que se sacrifica por los demás o en aras de un heroísmo que defiende otros valores como la libertad, la integridad o la fidelidad en la fe <sup>51</sup>. Claro que la presentación se limita a considerar el caso de la supervivencia a cualquier precio en cuanto impuesta de forma heterónoma, hipótesis que, aun resultando discutible tanto desde el punto de vista ético como jurídico —y más desde la pretendida colisión con un derecho constitucional determinado— sí que encontrará sin duda el rechazo de una opinión pública que instintivamente reacciona contra toda normatividad o facticidad que sospeche como coactivas, aunque estén encaminadas por otra parte a la defensa de la esencia o dignidad del mismo fenómeno humano.

D) Planteado así el problema, la presentación de la ley pasa a observar las situaciones de reanimación a ultranza, que son designadas como 'encarnizamiento terapéutico'. Se afirma claramente que su prohibición es la finalidad principal de esta ley, puesto que precisamente al prohibirlo el ordenamiento jurídico ofrece a los sujetos que le pertenecen la última salvaguardia. Tal encarnizamiento y la eventual obstinación terapéutica, que se describen con palabras de Urbain, son en efecto posturas que han perdido de vista la razón

<sup>50</sup> *Proposta di Legge*, 4; cf. V. Fagiolo, 'Eutanasia e Costituzione Italiana', en L. Alvarez-Verdes, *Il problema del nuovo nella Teologia Morale* (Roma 1986) 197-201.

<sup>51</sup> Cf. M. Vidal, *Etica fundamental de la vida humana* (Madrid 1984).

y que, según la presentación de la ley, pueden dar lugar a la llamada 'distanasia', es decir, a la 'deformación violenta y estructural del proceso natural del morir, una vez que éste ha sido intensamente medicalizado'.

Es cierto que tal encarnizamiento podría deberse algunas veces a la misma voluntad del enfermo, pero con frecuencia se debe a excesivos escrúpulos profesionales o familiares, a una especie de desafío prometéico que la medicina lanza contra la muerte —que a su vez entra en el dominio estructural de la sanidad— o a la voluntad del Poder cuando se pretende instrumentalizar la agonía o la muerte de los grandes personajes de la vida pública. Dispensar del encarnizamiento serviría al menos para evitar estas tentaciones, al tiempo que ayudaría a apuntalar la conciencia de los médicos y de los familiares que se ven obligados a tomar decisiones en momentos tan importantes, y colocaría la relación hombre-vida-muerte en una dimensión más humana. Declaración de principios, o mejor de finalidades de la ley, que difícilmente dejará de suscitar un amplio consenso, incluso en los más preocupados por la necesidad de una ética personalista que ayude a recuperar la dimensión verdaderamente humana de esta eterna relación entre el hombre, su vida y su muerte<sup>52</sup>.

#### 2.4.2. *Resumen y comentario de la ley*

Nos hemos detenido adrede ante la presentación de la propuesta de ley italiana, porque en ella es fácil distinguir muchos de los elementos que hoy son más agudamente discutidos en la elaboración del juicio ético sobre la eutanasia y su eventual despenalización. Veamos ahora, siquiera sea brevemente, la misma propuesta de ley, distribuida en una serie de ocho breves artículos, cuyo contenido es explicitado en la misma presentación.

*El art. 1* se refiere a la dispensa de prestar terapias de sostenimiento vital a quien se encuentre en condiciones terminales. Parte de una presunción de general rechazo a ser sometidos al encarnizamiento terapéutico. El proyecto de ley pretende dispensar al médico de la obligación moral y deontológica —así lo afirma la presentación— de suministrar terapias que tengan como finalidad exclusiva la de retrasar el *exitus*. El texto del proyecto de ley no ha pretendido recurrir a una 'prohibición' general, que hubiera supuesto mayor rigor, sino que ha preferido quedar en una general 'dispensa'<sup>53</sup>.

Sin embargo, puesto que se pretende rehuir el fantasma de la eutanasia activa, se requiere el consentimiento —aun no precisado con rigor formal— del enfermo que se encuentra en situación terminal. El consentimiento es calificado con dos expresiones adverbiales —*personalmente e consapevolmente*

52 Para la filosofía y teología de la muerte, ver H. Thieliicke, *Vivir con la muerte* (Barcelona 1984); J. L. Ruiz de la Peña, *El hombre y su muerte*. Antropología teológica actual, (Burgos 1971); Idem, *Muerte y marxismo humanista* (Salamanca 1978); Idem, *El último sentido* (Madrid 1980).

53 El texto remite a Del Giudice, *Privilegio, dispensa ed epicheia nel diritto canonico* (Perugia 1926) y a G. Criscuoli, 'Sul diritto di morire naturalmente', en *Rivista di Diritto Civile* (1977/1).

*consentito*— que pretenden evitar toda ingerencia de terceros o una decisión tomada por 'representantes' del enfermo y, al mismo tiempo la posible alusión a la mayoría de edad, puesto que ese pleno conocimiento o ciencia cierta a que se refiere el vocablo *consapevolmente* puede no coincidir con la mayoría de edad.

*El art. 2* explicita la noción de 'condiciones terminales' refiriéndolas al incurable estado patológico —por lesiones o por enfermedad— del que se sigue inevitablemente la muerte, cuya llegada sería solamente retrasada en el caso de recurso a terapias de sostenimiento vital. La expresión 'condiciones terminales' se toma explícitamente de la ley californiana sobre la muerte natural —*Natural Death Act*—. La indicación de los elementos específicos para determinar el estado de incurabilidad y de inevitabilidad de la muerte se confía evidentemente a la ciencia médica. La presentación del proyecto se refiere en este punto a la citada Recomendación n. 779 de la 27ª sesión ordinaria de la Asamblea parlamentaria del Consejo de Europa, según la cual 'la prolongación de la vida no debe ser en sí el fin exclusivo de la práctica médica'.

*El art. 3* explicita la noción de terapia de sostenimiento vital: 'Por terapia de sostenimiento vital se entiende principalmente todo medio o intervención médica que utilice técnicas meramente reanimadoras, así como aparatos mecánicos o artificiales para sostener, reactivar o sustituir una natural función vital'. También en este caso se explicita la dependencia respecto a la citada *Natural Death Act*, aunque omitiendo algunas cláusulas que podrían ser reiterativas<sup>54</sup>. El texto elude voluntariamente la ejemplificación de técnicas reanimadoras, porque podría no agotar el amplio espectro de las intervenciones posibles.

*El art. 4* se refiere a la comprobación de las condiciones terminales, que ha de ser realizada por un médico competente en técnicas de reanimación, debidamente autorizado por las instituciones de administración sanitaria que se citan. Es interesante señalar que este artículo no se limita a una designación burocrática de un médico responsable. En el segundo párrafo, en efecto, se promulga una especie de principio deontológico, según el cual, 'la comprobación de las condiciones terminales no dispensa al médico que lo tenga a su cuidado del deber de asistir al enfermo'<sup>55</sup>.

*El art. 5* trata de regular la interrupción de las terapias. El médico que ha realizado la comprobación comunica los resultados a las personas de que

54 Una cláusula, en efecto repite lo que ya queda establecido en el artículo 2 respecto al juicio sobre la situación terminal, y la otra anticipa lo que la proposición de ley establecerá en el artículo 4 al pedir que no se suprima la medicación normal.

55 Véase el texto de la presentación: 'La possibile richiesta di accertamento, attribuita al medico curante, non incrina, come da taluni è stato obiettato in sede di discussione al Consiglio d'Europa (cfr. Salvatore Lener, 'Sui diritti dei malati e dei moribondi', in *La Civiltà Cattolica*, 1º maggio 1976), quel rapporto fiduciario che lo lega all'infermo fin da quando questi gli si sia affidato. Una volta stabilita, infatti, una presunzione generale di dissenso, il medico assume anche la figura di garante del diritto dell'infermo a non essere accanitamente terapeutizzato'.



hablará el art. 6, pár. 1. Si no le consta ninguna oposición, dispone por escrito la interrupción de la terapia.

La interrupción de tal terapia no constituye una dispensa de la prestación de los cuidados que, sin incidir directamente sobre el desenlace natural de la enfermedad, estén orientados a aliviar sus sufrimientos.

Por interrupción de la terapia, el proyecto de ley entiende también como equivalente la decisión de no iniciar una determinada terapia.

Como se puede observar, de acuerdo con el proyecto, que en este punto concreto coincide con la Declaración de la Sda. Congregación para la Doctrina de la fe, a la que ha remitido explícitamente, el recurso al uso de analgésicos es totalmente legítimo, aunque su utilización desencadene el efecto colateral de anticipar el momento de la muerte.

*El art. 6* enumera los sujetos legitimados para proponer una oposición a la interrupción de la terapia, como son los convivientes de edad no inferior a los 16 años. El conviviente no es necesariamente el cónyuge, que por tanto podría quedar excluido, para evitar eventuales intereses en la interrupción de la terapia.

Es curioso que, a falta del conviviente o en caso de dificultad para su localización, puede proponer su oposición un ministro de culto al que pertenece el enfermo, o al que se presume que pertenece, como en el caso de un herido que se encuentra indocumentado tras un accidente de tráfico.

*El art. 7* regula el mismo procedimiento de oposición a la interrupción de la terapia. Manifestada tal oposición, aun verbalmente, al médico de la unidad sanitaria local y comunicada al presidente del tribunal de la circunscripción correspondiente, éste ha de escuchar al oponente y a un comité ya propuesto por ley del 2 dic. 1975 antes de convalidar la comprobación de las condiciones terminales, si es el caso, y de autorizar a disponer la interrupción de la terapia.

*El art. 8* decide sobre el coordinador sanitario que ha de vigilar sobre la aplicación de la presente ley y denunciar a los organismos competentes las eventuales infracciones.

*En resumen*, la propuesta italiana de ley abordaría solamente el concepto de eutanasia pasiva o anti-distanasia. La interrupción de los cuidados terapéuticos que vienen durando ya un cierto tiempo sin ninguna garantía de recuperación estaría sometida a algunas condiciones:

— En primer lugar, el mismo paciente tendría que haber formulado anteriormente una petición formal por escrito.

— Además, habría que excluir la situación en que el médico se viera obligado a tomar la última decisión. A este efecto, se constituiría una comisión ética que tomara la decisión. La decisión contempla la oposición de los familiares del enfermo y de los ministros de la confesión religiosa a la que pertenece el enfermo.

— En todo caso, se arbitran suficientes salvaguardias para que la decisión de la interrupción de las terapias no se tome frívolamente.

Aunque algunos puntos sean susceptibles de una mayor clarificación y se presenten como discutibles, en general, el proyecto de ley no nos merece en principio graves objeciones desde el punto de vista ético. A este propósito, habría que lamentar la superficialidad con la que los medios de comunicación social han presentado este proyecto de ley, intentando extrapolarlo de su finalidad primaria para crear un estado de opinión favorable a la supresión de personas que no se encuentran en la situación terminal contemplada como hipótesis en el proyecto de ley que ha ocupado nuestra atención.

### *2.6. Noticias sobre el proyecto holandés*

A pesar de nuestro interés ante la embajada de los Países Bajos, no hemos podido obtener el texto del proyecto de ley que según las agencias de prensa estaría preparándose.

Ya en 1984 la diputada Wessel Tuinstra, del grupo político Democracia 1966 que agrupa a liberales de izquierda, presentó en el Parlamento una propuesta de ley para la legalización o despenalización de la eutanasia 'en casos de extremísima necesidad' o de 'necesidad urgente'. Tras sufrir algunas enmiendas el proyecto quedó listo para su discusión en diciembre de 1985. La discusión fue en efecto enconada en febrero de 1986. Por entonces la coalición gubernamental —democristianos y liberales— paralizó el proyecto de ley por razones de oportunidad política y marcó un plazo hasta enero de 1987 para volver a discutir el tema.

Mientras tanto, parece que los jueces holandeses vienen siendo relativamente benignos ante los casos concretos y no suelen aplicar penas a los médicos que hayan practicado la eutanasia siempre que se atuvieran a algunas condiciones:

a) El médico debe, en primer lugar, consultar a otro médico sobre la decisión de aplicar la eutanasia, asegurándose así de que en realidad existen causas suficientemente graves para tal decisión.

b) Es necesario, además, que el paciente haya solicitado de forma libre y espontánea, cuando se encuentra en facultad para hacerlo, que se proceda a dar fin a su existencia.

c) El paciente, por otra parte, ha de encontrarse en una situación verdaderamente terminal o bien padecer una enfermedad actualmente incurable.

d) Por fin, el médico que aplica métodos eutanásicos debe comunicarlo a las autoridades judiciales y preparar un informe sobre las circunstancias en que se ha tomado la decisión terminal y el método que ha sido empleado.

Estas condiciones, siempre según las informaciones de prensa, habrían sido adoptadas por los jueces a raíz precisamente de un informe enviado por la real Sociedad Médica Holandesa (KNMG) a la comisión oficial gubernamental antes de que el proyecto de ley entrara en el Parlamento holandés. Parece que la opinión de los médicos ha ido variando desde el simple apoyo a la

eutanasia pasiva hasta la admisión de la eutanasia, sin más adjetivaciones, aunque siempre bajo una serie de controles o salvaguardias que eviten los abusos.

Parece, en fin, que el día 4 de febrero de 1987 el mismo gobierno democristiano-liberal, presidido por Ruud Lubbers ha enviado al Parlamento un proyecto de ley que presenta diferencias sustanciales en relación con aquel otro proyecto presentado en 1984 por el pequeño partido de centroizquierda D-66. Mientras que aquél contemplaba la despenalización de la llamada eutanasia 'activa' en los casos en que el paciente se encuentre desahuciado y la haya solicitado', por el contrario, el proyecto presentado por el Gobierno, y explicado al Parlamento por el ministro de Justicia F. Korthals Altes (liberal) y el de Bienestar y Sanidad, L. C. Brinkman (democristiano), propugna la admisión de la eutanasia pasiva, es decir, el 'cese del tratamiento en los casos extremos, de acuerdo con el código europeo de ética médica'<sup>56</sup>.

Si éstos son los datos, nos encontraríamos por tanto ante un proyecto muy semejante, en líneas generales, a la propuesta de ley italiana sobre la eutanasia pasiva y habría que dedicarle semejantes juicios valorativos desde la perspectiva de la ética. Pero lamentablemente y a pesar de nuestros esfuerzos, no podemos ofrecer muchos más datos por ahora.

### 2.7. Una nueva conciencia en España

Con fecha del 1 de octubre de 1984, el INSALUD ha puesto en marcha un loable *Plan de humanización de la Atención Sanitaria* para quince de sus hospitales. El día primero de diciembre se daría un paso más, incorporando treinta nuevos hospitales. El citado plan de humanización, que ciertamente pretende mejorar la calidad de la atención hospitalaria a los enfermos, recoge como instrumento básico la 'Carta de derechos y deberes de los pacientes'.

Entre otros derechos que tal vez podrían referirse al tema de nuestro estudio, es necesario recordar los siguientes:

n. 4. 'El paciente tiene derecho a recibir información completa y continuada, verbal y escrita, de todo lo relativo a su proceso, incluyendo diagnóstico, alternativas de tratamiento y sus riesgos y pronósticos, que será facilitada en un lenguaje comprensible. En caso de que el paciente no quiera o no pueda manifiestamente recibir dicha información, ésta deberá proporcionarse a los familiares o personas legalmente responsables'.

n. 5. 'El paciente tiene derecho a la libre determinación entre las opciones que le presente el responsable médico de su caso, siendo preciso su consentimiento expreso previo a cualquier actuación, excepto en los siguientes casos:

- Cuando la urgencia no permita demoras.
- Cuando el no seguir tratamiento suponga un riesgo para la salud pública.

<sup>56</sup> Resumimos noticias aparecidas en los periódicos *Ya* (20. feb. 1986) y *El País* (28. oct. 1986 y 6 feb. 1987). Ver también *Tre Wall Street Journal* (21. ago. 1987) con un buen reportaje de Alan L. Otten.

- Cuando exista imperativo legal.
  - Cuando no esté capacitado para tomar decisiones, en cuyo caso el derecho corresponderá a sus familiares o personas legalmente responsables'.
- n. 6. 'El paciente tendrá derecho a negarse al tratamiento, excepto en los casos señalados en el punto 5, debiendo para ello solicitar el alta voluntaria en las condiciones que señala el punto 6 del apartado de deberes'.
- n. 9. 'El paciente tiene derecho a que no se realicen en su persona investigaciones, experimentos o ensayos clínicos sin una información sobre métodos, riesgos y fines. Será imprescindible la autorización por escrito del paciente y la aceptación por parte del médico de los principios básicos y normas que establece la Declaración de Helsinki. Las actividades docentes requerirán, asimismo, consentimiento expreso del paciente'.
- n. 15. 'El paciente tiene derecho a agotar las posibilidades razonables de superación de la enfermedad. El Hospital proporcionará la ayuda necesaria para su preparación ante la muerte en los aspectos materiales y espirituales'.

Como se puede observar, muchos de estos puntos podrían y deberían entrar, llegado el caso, en una eventual ley sobre la eutanasia pasiva, que tuviera por fin precisamente el respeto a la dignidad del enfermo que se encuentra en situación terminal y la ayuda a ese acto culminante de la vida que es precisamente el trance de la muerte.

Por lo que se refiere a Cataluña, hay que recordar que ya en el año 1979 el Hospital de la Santa Cruz y San Pablo, en Barcelona, otorgaba una carta de derechos, de régimen interno, para los usuarios del hospital. A principios de febrero de 1985, la Generalitat de Cataluña ha promulgado una carta de derechos del enfermo atendido en los centros hospitalarios vinculados al Institut Català de la Salut (ICS). Entre ellos es especialmente significativo el derecho n. 14 que reza escuetamente: 'Morir con dignidad'. El folleto editado por el Departament de Sanitat i Seguretat Social ofrece la siguiente explicación de este derecho:

'El enfermo podrá asumir responsablemente, de acuerdo con su confesión religiosa, sus creencias personales, y su sentido de la vida, el advenimiento de su muerte.

Tiene que estar debidamente informado, excepto si hay constancia explícita del deseo contrario.

Las relaciones con los familiares y los amigos le han de ser especialmente facilitadas.

Así mismo, podrá rechazar un tratamiento cuando crea que una determinada terapéutica o intervención pueda reducir la calidad de vida a un grado incompatible con su propia concepción de la dignidad personal.

El médico tiene que esforzarse siempre por calmar el sufrimiento del enfermo, en la medida que éste lo necesite.

El equipo asistencial deberá evitar la obstinación terapéutica procurando al moribundo las atenciones propias de este momento.

Solamente así será posible, en estos momentos definitivos de la existencia, la humanización de la medicina y del hospital.

Si la muerte ocurre en el hospital, se tendrá especial cuidado de que los familiares y personas próximas reciban un trato adecuado a estos momentos'.

También aquí, el repudio de la obstinación terapéutica, además de otras orientaciones positivas, podría dar testimonio de la presencia de un estado de opinión cercano a las propuestas de ley de eutanasia pasiva, que sin duda pueden llenar una laguna legal y confortar la conciencia de los médicos y de los familiares, según se expresa el proyecto italiano<sup>57</sup>.

### 3. EUTANASIA Y DISTANASIA EN LA DOCTRINA DE LA IGLESIA

Se afirma con frecuencia que la postura de la Iglesia ante el problema de la eutanasia —o en su caso, de la distanasia— se fundamenta en el precepto bíblico que propugna la defensa de la vida de los hombres al tiempo que prohíbe el asesinato: 'No matarás' (Ex 20, 13)<sup>58</sup>.

Si los estudios comparativos de la historia de las religiones pudieran sugerir que el precepto que tutela la intangibilidad de la vida se funda con frecuencia en la inviolabilidad del parentesco, en un cierto temor mágico, o en la sacralidad de la sangre que, desde la entraña misma de la tierra madre clamara venganza hacia los cielos, el precepto bíblico, sin excluir de plano ese trasfondo cultural, parece fundamentar la defensa de la vida en el misterio único e irrepetible de cada ser humano, en su dignidad irreductible a la dignidad de las obras de sus manos, en su diversidad y señorío sobre las cosas que han sido colocadas bajo sus pies, confiadas a su responsabilidad.

Esa pretendida intangibilidad de la vida humana, no debe, sin embargo, ser entendida de forma tabuística. La afirmación de la dignidad de la vida no conduce necesariamente a una idolatría de la misma vida. El hombre sacrifica a veces su vida para salvaguardar otros valores que entran en conflicto con ella, como el valor de la libertad o el del servicio a otros seres humanos, su integridad ética o su fe religiosa.

Es por eso por lo que la pretensión de intangibilidad de la vida humana no excluye la intervención y una cierta 'manipulación' del hombre viviente, para preservar la *totalidad* de la persona. Según una célebre clarificación de Pío XII, el principio de totalidad 'afirma que la parte existe para el todo y

57 Entre tanto, y suscitando los comentarios más dispares en la prensa, el 14 de diciembre de 1984 fue legalizado el Movimiento para la Muerte Digna, paralelo al conocido movimiento EXIT, para la promoción y defensa de la muerte por elección en una situación irreversible.

58 Cf. J. Gafo, *Nuevas perspectivas en la moral médica* (Madrid 1978) 226. Por lo que se refiere a la fundamentación del magisterio de la Iglesia y para tener un buen elenco de sus recientes documentos, véase la contribución de F. Giunchedi, 'L'eutanasia e l'arbitrio della ragione', en *Rassegna di Teologia* 25 (1984) 508-20.

que, por consiguiente, el bien de la parte permanece subordinado al bien del todo; que el todo resulta determinante para la parte y puede disponer de ella según su interés general<sup>59</sup>.

De ahí que el principio de la dignidad de la vida pueda sin contradicción admitir las preguntas sobre la 'calidad de la vida'<sup>60</sup>. Un hombre podría aceptar o solicitar la interrupción de los tratamientos médicos precisamente para preservar la dignidad y totalidad de una vida plenamente humana. Sin embargo, como también recordaba Pío XII, no debería extrapolarse el principio de totalidad de modo que la vida de una persona pudiera ser manipulada o hasta suprimida en aras de una totalidad extrínseca a él mismo, como pudiera ser el interés del Estado. El recuerdo de los experimentos nazis llevó a formular esta precisión.

Por otra parte, es innecesario afirmar que, entre los documentos de la Iglesia, no todos gozan del mismo rango ni son recibidos con igual grado de certeza y definitividad, aunque sean aceptados con respeto como orientaciones autorizadas sobre cuestiones debatidas en la reflexión ética. Por lo que se refiere a la eutanasia, nos limitamos aquí a reseñar los documentos más importantes de estos últimos tiempos, en la presunción de que puedan resultar suficientes para percibir las señales de un itinerario magisterial.

### 3.1. *Algunas intervenciones de Pío XII*

El magisterio de Pío XII es frecuente por lo que se refiere a los problemas fronterizos entre la ética y la medicina. Esa atención pontificia estaba más que justificada en un momento en que la biología y la medicina lanzaban tan radicales desafíos a la teología, tanto a la dogmática como a la moral<sup>61</sup>.

1. El día 29 de octubre de 1951, en un célebre discurso dirigido a las comadronas, Pío XII afirmaba que ninguna *indicación* médica puede ofrecer un título válido para 'una deliberada disposición *directa* sobre la vida humana inocente; es decir, una disposición que tienda a su destrucción bien sea como fin, bien como medio para otro fin que acaso por sí no sea en modo alguno ilícito'<sup>62</sup>. Si el contexto parecía limitar este principio al caso del aborto, el Papa amplía a continuación su horizonte para condenar la 'destrucción directa de la llamada *vida sin valor*, nacida o todavía sin nacer, practicada en gran número hace pocos años'.

La alusión a la disposición 'directa' cuenta con una larga historia en la reflexión ética y pretende dejar la puerta abierta a otras intervenciones 'indirectas' que, persiguiendo un efecto bueno, comportan como efecto paralelo,

59 Así se expresaba Pío XII en su discurso a los participantes al I Congreso Internacional de Histopatología del sistema nervioso, en *Discorsi ai Medici*, 3 ed. (Roma 1960) 206.

60 Cf. D. Gracia, *Ética de la calidad de vida* (Madrid 1984).

61 Cf. J. Illies, 'Biología y Teología en el siglo xx', en H. Vorgrimler y R. van der Gucht (ed.), *La Teología en el siglo xx*, I, (Madrid 1973) 133-63.

62 Puede verse en *Colección de Encíclicas y Documentos Pontificios*, 7 ed., I, (Madrid 1967) 1702.

aunque no pretendido ni querido, la muerte de un ser humano, como en nuestro caso, podría ocurrir en la administración de calmantes que aliviaran los dolores y de forma concomitante acortaran la vida del paciente. La distinción entre disposiciones directas e indirectas se ha hecho mucho más problemática en la actualidad<sup>63</sup>.

2. Entre los pronunciamientos de Pío XII sobre el tema, quizá ninguno resulte tan interesante como el discurso dirigido (24.2.1957) al IX Congreso de la Sociedad Italiana de Anestesiología, en el que responde a tres cuestiones deontológicas que le habían sido planteadas. La tercera de ellas estaba así formulada: '¿Es lícito el empleo de narcóticos, si hay para ello una indicación clínica, en los moribundos o enfermos en peligro de muerte? ¿Pueden ser utilizados, aunque la atenuación del dolor lleve consigo un posible acortamiento de la vida?'. Tras responder a la cuestión sobre la supresión de la consciencia, el Papa toca el tema de los narcóticos cuya administración podría acortar la duración de la vida del enfermo':

'Desde luego, toda forma de eutanasia directa, o sea, la administración de narcóticos con el fin de provocar o acelerar la muerte, es ilícita, porque entonces se pretende disponer directamente de la vida (...). En la hipótesis a que os referís, se trata únicamente de evitar al paciente *dolores insoportables*: por ejemplo, en casos de cáncer inoperable o de enfermedades incurables. Si entre la *narcosis* y el *acortamiento de la vida* no existe nexo alguno causal directo, puesto por la voluntad de los interesados o por la naturaleza de las cosas (como sería el caso si la supresión del dolor no se pudiese obtener sino mediante el acortamiento de la vida), y si, por el contrario, la administración de narcóticos produjese por sí misma dos efectos distintos, por una parte el alivio de los dolores y por otra la abreviación de la vida, entonces es lícita; aún habría que ver si entre esos dos efectos existe una proporción razonable y si las ventajas del uno compensan los inconvenientes del otro...'<sup>64</sup>.

El principio que orienta la repulsa de la eutanasia positiva *directa* es aquí el hecho de que el hombre no es dueño y propietario de la vida, sino su responsable administrador. Sin embargo, es notable el cuidado con que se deslinda la eutanasia directa de esas otras situaciones que hoy cabe contemplar desde la perspectiva de las ayudas al paciente para que se enfrente a la muerte con serenidad.

63 Para la categoría de la disposición «directa», véase B. Häring, *Moral y Medicina*, 2 ed. (Madrid 1973), 142-48. Sobre la creciente imprecisión de estos términos, véase J. Gafo, *Nuevas perspectivas en la moral médica*, 225-26.

64 Puede encontrarse en *Colección de Encíclicas*, I, 1817. Resulta curiosa la crítica O. Ruth Russell, en su célebre libro *Freedom to Die* (New York 1976) formula ante esta intervención del papa: '...some of the statements are ambiguous, if not contradictory. It almost seems that the Pope was objecting more to the word «euthanasia» than to the administration of it' (124). La crítica revela un cierto desconocimiento de la postura habitual del Papa sobre este problema. La autora parece obsesionada por las tuteladas o 'salvaguardas' que la ley puede aportar, como si el ordenamiento legal hiciera válido un planteamiento equivocado.

3. El día 24 de noviembre del mismo año el Papa aborda el tema de la *reanimación*. En los casos ordinarios, viene a decir, el anesestesiólogo tiene el derecho de utilizar los aparatos de respiración artificial, pero no está obligado a ello, a menos que éste sea el único medio de satisfacer a otro deber moral médico. Consideraba el Papa que esos aparatos sobrepasaban la calificación de 'medios ordinarios' a los que se está obligado a recurrir. Curiosamente, la calificación de los medios 'ordinarios' que se refería tradicionalmente a los deberes del paciente, pasa aquí a aplicarse a las prestaciones ofrecidas por el equipo sanitario. 'Nadie está obligado a recurrir a medios extraordinarios para conservar su salud', se decía antes. 'El cuerpo médico no está obligado a prestar medios extraordinarios', parece afirmar ahora el Papa.

Con relación a los derechos y deberes de la familia de un enfermo que se encuentra inconsciente y en situación terminal, añade Pío XII unas palabras que han sido frecuentemente evocadas en situaciones ulteriores:

'...si parece que la tentativa de reanimación constituye en realidad para la familia una carga que en conciencia no se le puede imponer, puede ella lícitamente insistir para que el médico interrumpa sus tentativas, y éste último puede lícitamente acceder a ello. En este caso no hay disposición directa de la vida del paciente, ni eutanasia, que no sería nunca lícita; aun cuando lleve consigo el cese de la circulación sanguínea, la interrupción de las tentativas de reanimación no es nunca sino indirectamente causa de la paralización de la vida, y es preciso aplicar en este caso el principio del doble efecto y el del *voluntarium in causa*'<sup>65</sup>.

La respuesta del Papa se basa en el principio de que el hombre ha de cuidar de su vida —y la de sus semejantes—, tomando las medidas necesarias para conservar tanto la vida como la salud. Este deber, sin embargo, y de acuerdo con la doctrina tradicional, no obliga habitualmente más que al empleo de medios ordinarios —siempre relativos a la situación de las personas—. Pienso el Papa que una obligación más severa resultaría excesivamente gravosa para el paciente y su familia y, paradójicamente, resultaría inhumana por hacer difícil el logro de bienes superiores importantes para hacer del morir un acto plenamente humano.

### 3.2. *Doctrina reciente de la Iglesia Católica*

Es imposible olvidar aquí el Concilio Vaticano II. En la Constitución pastoral sobre la Iglesia en el mundo de hoy, denuncia expresamente varias prácticas que 'degradan la civilización humana' entre las cuales se cita expre-

<sup>65</sup> *Colección de Encíclicas*, I, 1820. En su citada obra *Freedom to Die* la autora O. Ruth Russell supone que en esta ocasión las palabras del Papa han debido de significar una sorpresa para todos los que arguyen que los doctores están ligados por el Juramento de Hipócrates. Señala que las palabras del Papa suponen un cambio 'bienvenido' respecto a las doctrinas tradicionales. Cuando afirma que al permitir el uso de narcóticos el Papa se acerca a una aprobación de la eutanasia activa, la autora parece desconocer la teoría del principio de doble efecto que el Papa ha formulado con frecuencia (125).



samente la eutanasia (GS 27). A falta de otra especificación es lícito conjeturar que el uso ejemplificador de la palabra 'eutanasia', en este contexto, debe entenderse según la terminología acuñada por Pío XII. Se referiría por tanto el Concilio a la eutanasia activa o positiva y directa.

1. Por las circunstancias que la rodeaban, merece la pena dedicar atención a la declaración, citada más arriba, que el 15 de abril de 1976 publicaba Mons. Lawrence Casey, obispo de Patterson (New Jersey), diócesis a la que pertenecía la familia de Karen Ann Quinlan. El obispo aprobaba la decisión que, dos semanas antes, había tomado el Tribunal Supremo del Estado de New Jersey que, en la práctica venía a despenalizar la supresión de los medios artificiales que mantenían a la joven en un estado de vida vegetativa<sup>66</sup>.

Dentro del planteamiento tradicional de los medios ordinarios y extraordinarios, la declaración del obispo de Patterson parece evocar la doctrina manifestada en 1970 por Pablo VI, el cual, mientras por un lado reprobaba el ejercicio de la eutanasia, por otro consideraba como una tortura inútil el hecho de imponer la 'reanimación vegetativa en la fase última de una enfermedad incurable'<sup>67</sup>.

2. Especial importancia reviste la declaración que sobre la eutanasia publicó (5.5.1980) la Sda. Congregación para la Doctrina de la Fe. Tras una introducción en la que se recogen los motivos que han puesto de actualidad este tema, una primera parte subraya el valor positivo de la vida humana al tiempo que reprueba el suicidio y el homicidio.

La segunda parte define la eutanasia como 'la intervención de la medicina encaminada a atenuar los dolores de la enfermedad y de la agonía, a veces incluso con el riesgo de suprimir prematuramente la vida'. Reconociendo que se usa también la palabra para designar la 'muerte por piedad', la declaración la entiende como 'una acción o una omisión que por su naturaleza, o en la intención, causa la muerte, con el fin de eliminar cualquier dolor'. La eutanasia se sitúa, por tanto, en el nivel de las intenciones o de los métodos usados. Tras establecer estos términos, la declaración ofrece el principio fundamental:

'Nada ni nadie puede autorizar la muerte de un ser humano inocente, sea feto o embrión, niño o adulto, anciano, enfermo incurable o agonizante. Nadie, además, puede pedir ese gesto homicida para sí mismo o para otros confiados a su responsabilidad, ni puede consentirlo explícita o implícitamente. Ninguna autoridad puede legítimamente imponerlo ni permitirlo. Se trata, en efecto, de una violación de la ley divina, de una

66 El texto original fue publicado en *Origins. NC News Service* (15 abril 1976); trad. francesa en *La Documentation Catholique*, n. 1698 (16 mayo 1976) 497-98. Ver más arriba nota 34.

67 Cf. *La Documentation Catholique*, n. 1573 (1 nov. 1970) 962-63. Véase la carta escrita en su nombre por el card. Villot al secretario general de la Federación Internacional de las Asociaciones Médicas Católicas, en *La Documentation Catholique*, n. 1738 (19 mar 1978) 258-60. Véase D. J. Horan, 'The Quinlan Case', en D. J. Horan - D. Mall (ed.), *Death Dying, and Euthanasia* (Frederick, Maryland 1980) 525-34.

ofensa a la dignidad de la persona humana de un crimen contra la vida, de un atentado contra la humanidad' <sup>68</sup>.

Al referirse a las súplicas de los enfermos graves que solicitan la muerte, el documento afirma que 'son casi siempre peticiones angustiadas de asistencia y de afecto'. A pesar de la unanimidad que ante la eutanasia mantienen los moralistas católicos, tras ese 'casi siempre' algunos descubren la posibilidad de un auténtico caso límite, en que un enfermo solicite con absoluta seriedad la terminación de la propia vida, precisamente como un acto de prudente y responsable administración de ese don que le ha sido confiado <sup>69</sup>.

La tercera parte de la declaración, referida al uso de analgésicos, recuerda los principios generales formulados por Pío XII. Pero la cuarta parte relativa al uso proporcionado de los medios terapéuticos, es sin duda la más novedosa y matizada del documento. Recoge en efecto el temor generalizado a un abuso de los medios de reanimación sobre el enfermo irrecuperable, a costa de su paz y su dignidad. Después de afirmar que la asunción de decisiones corresponde a la conciencia del enfermo o de las personas cualificadas para manifestarse en su nombre, entre las cuales se cita expresamente al médico, el documento se pregunta si se deberá recurrir en *todas* las circunstancias a *toda* clase de remedios posibles. Ya la selección de las palabras que aquí han sido subrayadas resulta significativa para la diferenciación de situaciones personales. De todas formas, este es el planteamiento que se esboza:

'Hasta ahora los moralistas respondían que no se está obligado nunca al uso de los medios «extraordinarios». Hoy, en cambio, tal respuesta, siempre válida en principio, puede parecer tal vez menos clara tanto por la imprecisión del término como por los rápidos progresos de la terapia: Debido a esto, algunos prefieren hablar de medios «proporcionados» y «desproporcionados». En cada caso se podrán valorar bien los medios poniendo en comparación el tipo de terapia, el grado de dificultad y el riesgo que comporta, los gastos necesarios y las posibilidades de aplicación con el resultado que se puede esperar de todo ello, teniendo en cuenta las condiciones del enfermo y sus fuerzas físicas y morales' <sup>70</sup>.

La sustitución de la terminología de los medios extraordinarios por la que se refiere a los medios desproporcionados resulta altamente significativa. Si aquella aparecía como más extrínseca y demasiado inclinada a una valoración económico-social, ésta apela directamente a la relación entre la terapia empleada en cada caso y las expectativas de vida del paciente, tanto por lo

68 La declaración fue publicada en AAS 72 (1980) 542-52. Se cita aquí según la traducción publicada por *Ecclesia* n. 1990 (12 jul. 1980) 861.

69 Cf. J. L. Barbero, *Conflicto entre vida y libertad* (Madrid 1984) 65. El mismo subraya un planteamiento semejante insinuado por el documento anglicano que recordaremos más abajo *On Dying Well. An Anglican Contribution to the Debate on Euthanasia* (Londres 1975).

70 Cf. *Ecclesia*, n. 1990, 862. Sobre esta nueva terminología, véase J. Gafo, 'Eutanasia y derecho a morir en paz', en la obra *La Eutanasia y el derecho a morir con dignidad* (Madrid 1984) 129.

que se refiere a la cantidad como a la calidad de vida. Así puede suceder que medios relativamente ordinarios, en razón de su costo o la rutina de su empleo, podrían en un determinado caso revelarse como francamente desproporcionados, dada la situación del enfermo, mientras que otros medios que anteriormente había sido considerados como extraordinarios tal vez hayan dejado de serlo gracias a la moderna socialización de la medicina y, precisamente por ser proporcionados al resultado buscado y apetecido, se nos impongan como decididamente necesarios desde una perspectiva ética<sup>71</sup>.

También ha resultado interesante y novedosa la simple enunciación de algunas conclusiones prácticas que el documento romano ofrece a modo de ejemplificación:

— A falta de otros remedios adecuados —viene a decir—, y con el consentimiento del paciente, es lícito recurrir a medios avanzados y aun en fase de experimentación, aunque no estén del todo exentos de un cierto riesgo.

— Es lícito también interrumpir la aplicación de tales medios cuando los resultados defrauden las expectativas, siempre que se tenga en cuenta los deseos del enfermo y su familia, así como el parecer de los médicos implicados en su atención.

— Es siempre lícito contentarse con los medios normales. No se puede imponer medios experimentales o demasiado costosos o excesivamente gravosos. Su rechazo no puede considerarse como una decisión suicida.

— Ante la inminencia de una muerte inevitable, es lícito renunciar a un tratamiento que únicamente vendría a prolongar una existencia precaria, sin que ello signifique interrumpir las curas normales debidas al enfermo en casos similares.

El documento, en suma, ofrece los puntos fundamentales sobre la doctrina de la Iglesia, tanto sobre el valor de la vida humana, como sobre los principios implicados en el frecuente conflicto de valores que ha desencadenado, en un mundo a la vez tecnificado e insolidario, las preguntas actuales sobre la terminación de la vida, y no deja de descender, desde una nueva metodología ética, al campo concreto de la problemática habitual en estos casos.

3. En 1981, el Pontificio Consejo COR UNUM, recogiendo las conclusiones elaboradas años antes por un grupo interdisciplinar de trabajo, publicó un documento de corte pastoral titulado *Algunas cuestiones de ética relativas a los enfermos graves y a los moribundos*.

Tras una breve introducción, el documento se detiene a examinar los problemas fundamentales referidos al significado de la vida y a la necesidad

<sup>71</sup> La inadecuación de los términos 'ordinario' y 'extraordinario' ha sido puesta de relieve, entre otros, por G. Skegg, *Law, Ethics, and Medicine. Studies in Medical Law* (Oxford 1984) 143-46. Véase también M. Vidal, *Moral de la persona. Moral de actitudes*, II, 5 ed. (Madrid 1985), 272: 'Este criterio (de los medios ordinarios o extraordinarios), además de ser muy subjetivo y de estar sometido a variaciones muy notables, es discriminatorio, ya que para algunas personas resultarán medios ordinarios los que para otras serán extraordinarios'.

de defenderla como uno de los derechos primordiales de la persona humana, que, por otra parte, no permite olvidar el derecho a una muerte humana y digna, más difícil de reivindicar y facilitar en las sociedades tecnificadas que en las menos desarrolladas.

Por lo que se refiere a los medios, afirma que la terminología de los 'cuidados proporcionados' es probablemente más satisfactoria, pero continúa hablando de medios ordinarios y extraordinarios y ofreciendo un criterio que nos parece interesante recordar aquí:

'Los criterios para distinguir los medios *extraordinarios* de los medios *ordinarios* son múltiples; se los aplicará según las exigencias de los casos concretos. Unos son de orden *objetivo*, tales como la naturaleza de los medios, su costo, las consideraciones de justicia en su aplicación y en las opciones que esto implique; otros son de orden *subjetivo*, como por ejemplo la necesidad de evitar a tal paciente choques psicológicos, angustias, malestares, etc. Para decidir los medios a los cuales recurrir, se tratará siempre de establecer la proporción existente entre el medio y el fin buscados' (n. 2.4.2).

Esta matización que parece establecer un cierto compromiso entre la terminología antigua y la más moderna queda todavía iluminada cuando a continuación el documento subraya la importancia que se ha de atribuir al criterio de la calidad de la vida salvada o mantenida por la terapia, aunque advirtiendo que tal criterio nunca puede ser absolutizado puesto que las consideraciones subjetivas han de intervenir en la formación del juicio prudencial sobre la acción que se ha de emprender u omitir.

Por otra parte, y ante la situación creada recientemente en los Estados Unidos y que hemos evocado más arriba, es conveniente recordar aquí que el documento recuerda la obligación de procurar a los pacientes los medios llamados 'mínimos', entre los cuales incluye explícitamente la alimentación, la transfusión de sangre, inyecciones, etc. 'Interrumpir su administración, dice, constituiría prácticamente querer poner fin a los días del paciente' (n. 2.4.4).

Una parte del documento está dedicada al uso de analgésicos en la fase final. Recogiendo fundamentalmente la doctrina de Pío XII, se nos dice que no hay razón para rechazar el empleo de analgésicos centrales, cuando lo exige el alivio de dolores intolerables, siempre que se cuente con el consentimiento informado del paciente, aunque pone en guardia contra la tentación de creer que tales drogas son el único remedio suficiente contra el sufrimiento. Mientras el enfermo necesita a veces y sobre todo una *presencia humana* a su lado, el uso masivo de droga puede significar en nuestro mundo no la búsqueda del bien de la persona enferma, 'sino la protección de las personas sanas dentro de una sociedad que tiene miedo a la muerte y la huye con todos los medios que están a su disposición' (n. 4.4).

Tras abordar otros temas importantes como las actuales preguntas en torno a la determinación de la muerte, los cuidados en caso de muerte aparente, o la comunicación humana y pastoral con los moribundos, el documento se

refiere a una cuestión relacionada con la distanasia, como es la del empleo de la terapia pesada a beneficio de algunas personas privilegiadas:

'Entre las cuestiones éticas que se presentan por el recurso a «terapias pesadas», que comportan el uso de instrumentos y técnicas altamente sofisticadas y dispendiosas, está la de la selección de las personas a quienes aplicar un tratamiento que no se podría hacer a todos aquellos a quienes afecta la misma enfermedad. ¿Es legítimo explotar al máximo los recursos de la técnica médica en beneficio de un solo paciente cuando hay tantos otros que están todavía privados de los cuidados más elementales? Se está en el derecho de preguntarlo. Si alguien piensa que tales consideraciones van contra la corriente del progreso, los cristianos, por su parte, tienen el deber de tenerlas muy en cuenta en sus apreciaciones' (n. 7.3).

Otros temas importantes tocados por el documento son el de la necesaria formación del personal sanitario para una relación humana con los enfermos graves y el de las responsabilidades que competen tanto a la familia como a la sociedad entera ante el mundo del dolor, la muerte y el fracaso, los enfermos, los minusválidos, los ancianos y los moribundos.

Como se puede ver, la orientación eminentemente pastoral de este documento no implica un desconocimiento de las cuestiones más sangrantes relacionadas con la situación que la técnica moderna y la misma autocomprensión de la sociedad han creado en torno a los enfermos terminales y los moribundos <sup>72</sup>.

4. En noviembre de 1984, la Comisión Familiar del Episcopado Francés publicó, a su vez, un interesante documento que lleva por título *Vida y muerte por encargo*. Más que una diatriba o un alegato, se trata de una presentación en abanico de una serie de preocupaciones e interrogantes que van desde la fecundación artificial de una señora viuda con el semen de su marido ya difunto, o todos los problemas relacionados con las nuevas técnicas de la reproducción humana en laboratorio, hasta las modernas pretensiones de poner fin a voluntad a la vida de un enfermo que se encuentra en una situación irreversible.

Resalta esta carta la reivindicación actual del derecho a una muerte digna y recuerda que 'ciertas agonías insostenibles hacen nacer la tentación de abreviar el sufrimiento por cualquier medio'. Tras recordar la doctrina tradicional según la cual los analgésicos pueden ser suministrados aun cuando disminuyan la resistencia del enfermo y presenten algunos riesgos para su vida, añade:

'Pero la eutanasia «activa», que consiste en provocar directamente la muerte del enfermo, incluso con la intención laudable de impedirle sufrir, nos introduce en un mundo con el que muy pronto no se podrá vivir'.

<sup>72</sup> Pontificio Consejo COR UNUM, *Algunas cuestiones de ética relativas a los enfermos graves y a los moribundos* (Ciudad del Vaticano 1981).

El documento no deja de advertir sobre la enorme ambigüedad que oculta la decisión de ofrecer una muerte 'por piedad', sobre el peligro siempre acechante de reducir el sujeto a un objeto de experimentación, sobre la desconfianza que habría de alimentar el enfermo que el médico que pudiera impunemente decidir cuándo ha llegado para él el momento de morir, como habían postulado algunos en el congreso de Niza celebrado en septiembre de aquel mismo año 1984<sup>73</sup>.

5. El 21 de octubre de 1985, el papa Juan Pablo II recibió a dos grupos de trabajo promovidos por la Pontificia Academia de Ciencias. Uno de ellos tenía el objetivo específico de articular una reflexión sobre 'la prolongación artificial de la vida y el momento exacto de la muerte'. En esa audiencia, el Papa subrayó que 'para todos los que tienen un vivo sentido del supremo valor de la vida, creyentes y no creyentes, la eutanasia es un crimen al cual nadie, ni bajo ningún concepto, debe cooperar, ni siquiera permitir'<sup>74</sup>. Por lo que se refiere al uso de analgésicos y a la eventual supresión de los medios 'extraordinarios', remitía a la declaración de la Congregación para la Doctrina de la Fe. Pero adelantando un paso más, se preguntaba el Papa sobre otros aspectos humanos relativos a la muerte y el fallecimiento, como los relativos al lugar —la propia casa o el hospital— y al tratamiento adecuado:

'El derecho a recibir buen tratamiento y el derecho a ser capaz de morir con dignidad exigen recursos humanos y materiales, en casa y en el hospital, que garanticen la comodidad y la dignidad del enfermo. Todos los enfermos y, sobre todo, los moribundos no deben carecer del afecto de sus familiares, de la atención de los médicos y enfermeras y del apoyo de sus amigos'<sup>75</sup>.

A la base de todo el raciocinio quedaban dos afirmaciones fundamentales: la vida es un tesoro, pero la muerte es un acontecimiento natural. De esa fundamentación parecen deducirse dos compromisos éticos inesquivables. El de poner todos los medios técnicos al servicio de la vida y en ningún caso utilizarlos para suprimirla. Y, por otro lado, la sabiduría para intentar que todo fallecimiento llegue a ser un acto típicamente humano, plenamente humano.

6. Por lo que se refiere a España, La Comisión Episcopal para la Doctrina de la Fe publicó el 15 de abril de 1986 una *nota sobre la eutanasia* que fue, en general, bien recibida por la opinión pública. Partiendo del texto bíblico de Qo 3, 1-2, se dice que, por obra del llamado 'encarnizamiento técnico',

<sup>73</sup> *Vie et mort sur commande*, suplemento a *La Documentation Catholique*, n. 1885 (2 dic. 1984). Trad. cast., en *Ecclesia* n. 2201 (15 dic. 1984) 11-15. El mismo documento de la Comisión Familiar del Episcopado Francés cita nominalmente la intervención del Dr. Christian Barnard en ese congreso de Niza y remite a las respuestas publicadas por los doctores M. Aiven y L. Schwarzenberg. Ver más arriba, nota 19.

<sup>74</sup> El texto fue publicado en *L'Osservatore Romano* (21-22 oct. 1985). Trad. castellana, en *Ecclesia*, n. 2245 (16 nov. 1985) 14.

<sup>75</sup> *Ecclesia*, n. 2245, 15. Cf. J. Gafo, 'Ayudando a bien morir', en *La Eutanasia y el derecho a morir con dignidad*, 65-85.

la muerte está dejando de tener 'su tiempo' porque nuestra cultura no sabe cómo integrarla en nuestra concepción de la vida. La primera parte del documento se hace eco de la actual polémica en torno a la eutanasia, señalando que 'en nuestro país ya se oyen voces que favorecen la aceptación de la eutanasia' y señala como causas de esta nueva mentalidad el proceso de secularización, la crisis de los valores religiosos en el mundo occidental, la absolutización de la libertad individual y la brecha abierta por la permisión legal del aborto.

En su segunda parte, el documento hace una breve pero sugerente evocación del mensaje cristiano sobre la muerte y la vida. La tercera parte se detiene a considerar las distintas situaciones en torno a la eutanasia. Tras condenar explícitamente la eutanasia activa o positiva, se recuerdan los principios tradicionales sobre la eutanasia pasiva:

'Pero la tradición de la Iglesia ha admitido, basándose en el principio moral del doble efecto, la legitimidad del recurso a calmantes (por ejemplo, ciertos derivados de la morfina), aunque su administración pudiese ocasionar indirectamente un acortamiento de la vida. La misma moral católica, basándose en la distinción entre medios ordinarios y extraordinarios o, mejor, proporcionados y no proporcionados, afirma también que la Medicina no está siempre obligada a hacer todo lo posible para prolongar la vida de un paciente. Existen situaciones en las que es legítimo, e incluso hasta obligatorio, abstenerse de aplicar terapias no proporcionadas y no habituales que únicamente sirven para prolongar abusivamente el proceso irreversible de morir'.

Estos principios son explicados haciendo amplia referencia a la citada declaración de la Congregación para la Doctrina de la Fe.

La cuarta parte del documento español se refiere al problema de la legalización de la eutanasia o la despenalización de la eutanasia positiva directa, que comienza a ser solicitada por 'bastantes voces'. Esas voces parecen ignorar que el enfermo que pide la muerte, en realidad está solicitando mayor atención hacia su situación y sus dolores pero en modo alguno está solicitando que se ponga fin a su vida. Por otra parte, una legalización de la eutanasia, dice el mismo documento produciría un 'preocupante deterioro de la imagen social del médico, que podría convertirse, en el caso de admitirse la eutanasia, en un agente de muerte, dificultándose, de esta forma, la creación de una relación de confianza con el enfermo'. Pero sobre todo, la legalización de la eutanasia constituiría un grave paso adelante en el deterioro del respeto hacia la vida humana. Precisamente concluye el documento con una serie de reflexiones y exhortaciones entre las cuales subrayamos la de 'crear la conciencia de que el enfermo necesita muchas cosas más que la aplicación de terapias médicas sofisticadas'<sup>76</sup>.

76 Puede verse el texto en *Ecclesia*, n. 2265/6 (3 y 10 mayo 1986) 620-23. Más ampliación sobre la doctrina de la Iglesia puede encontrarse en J. R. Flecha - J. M. Múgica, *La pregunta moral ante la eutanasia* (Salamanca 1985) 123-30.

### 3.3. *Nota sobre la doctrina anglicana*

Con toda intención el epígrafe que encabeza esta sección se refería a la 'Iglesia', sin más adjetivaciones. Fuera de los límites de la Iglesia Católica, en efecto, también se plantea en términos cada vez más urgentes la pregunta sobre la humanización de la muerte y el morir. Baste recordar rápidamente, y a modo de ejemplo, el documento que a ese tema dedicó en 1975 la Iglesia Anglicana, con un título que podría traducirse 'Sobre el buen morir. Una contribución anglicana al debate sobre la eutanasia'<sup>77</sup>. Ya en el siglo pasado se había creado en Inglaterra la 'Sociedad para la Legislación de la eutanasia voluntaria'. En 1936 y en 1947 se presentaron, como hemos dicho más arriba, dos proyectos de ley para solicitar la legalización, que fueron rechazados por la Cámara de los Lores<sup>78</sup>. Un nuevo proyecto de ley, presentado en 1969, abordaba el tema de los testamentos eutanásicos (*Living Wills*) o declaraciones del deseo de ser sometido en su día a un proceso eutanásico cuando el firmante sufriera de 'una grave enfermedad física considerada incurable y que le habría de causar profunda angustia o le incapacitaría para una existencia racional'. Ante este planteamiento que refleja en cierto modo la aspiración de la sociedad contemporánea al reconocimiento de un cierto derecho a una muerte digna, el documento anglicano advierte que, en caso de ser aplicada tal legislación, sería muy difícil establecer unos controles adecuados. Recuerda las razones que impiden a los cristianos la aceptación de la eutanasia, pero, dando un paso más, se plantea la cuestión de si la muerte asistida de otra persona con su consentimiento es o no es moralmente justificable en determinadas circunstancias y responde que en principio el amor se expresa más plenamente acompañando atentamente a una persona en su fallecimiento que practicando un acto de eutanasia voluntaria.

El documento ofrece después una consideración de casos concretos para negar la solución propugnada por el proyecto de los 'testamentos eutanásicos' que 'impediría y retrasaría una acción médica frecuentemente urgente, impondría al enfermo y a la familia decisiones traumatizantes, aumentaría inútilmente los sufrimientos y reduciría la aptitud de los médicos para administrar el tratamiento capaz de facilitar el acto de la muerte y de enseñar este aprendizaje a los demás' (p. 38). De hecho, las situaciones más dramáticas se plantean ordinariamente en términos de miedo al dolor más que de derecho a morir. El documento profesa la convicción de que la situación técnica permitiría en el futuro atender a la mayor parte de los sufrimientos del enfermo en situación terminal.

Es interesante tener presentes algunas de las conclusiones de este documento, por ejemplo las precisiones terminológicas:

'1. En su sentido estricto y corriente, eutanasia significa matar. Es un

<sup>77</sup> *On Dying Well. An Anglican Contribution to the Debate on Euthanasia* (Londres 1975).

<sup>78</sup> Estos y otros datos pueden encontrarse en la citada obra de O. R. Russell, *Freedom to Die* (New York 1976) 54-60.



error emplear esta palabra para las decisiones de preservar la vida por medios artificiales cuando sería preferible que se dejara morir al enfermo. Semejantes decisiones acompañadas de la voluntad de dar al enfermo la mejor muerte posible, pueden ser completamente legítimas.

2. Tampoco se debe usar la palabra eutanasia para designar la administración de medicinas destinadas a aliviar el sufrimiento u otras molestias aun con riesgo de acortar marginalmente la vida del enfermo. Esto lo creemos también lícito'.

Refiriéndose a la necesidad de una atención siempre perfeccionable y humanizable al moribundo, si no fuese por los prejuicios y la ignorancia que a veces parece abatirse sobre este tema, el documento declara:

'4. Si la práctica médica dedicara la debida atención al morir, habría, a primera vista, pocos casos que se pudieran aducir como argumento en favor de la eutanasia. Casi siempre habría disponibles alternativas mejores para aliviar las molestias si las técnicas modernas, la comprensión humana y la atención a los enfermos fueran universalmente puestas en práctica'.

De todas formas, siempre que falten esas 'alternativas mejores' y en casos realmente excepcionales, la declaración anglicana sugiere que 'se puede pensar en una muerte moralmente justificada si es en bien de la persona interesada (n. 6) y señala que 'en los casos raros (si es que los hay) en que la eutanasia fuera moralmente lícita', el equipo médico deberá esforzarse por asegurar una muerte tranquila, más que por apresurarla (n. 7e). Para ello no haría falta una legalización de la eutanasia, que para la mayoría de los enfermos supondría una grave debilitación de su confianza en los doctores (n. 7f).

En opinión de André Dumas, profesor de Moral en la Facultad de Teología Protestante de París, esta declaración se coloca 'entre tantos alegatos opuestos, de unos que exaltan legalísticamente el respeto absoluto de la vida y su conservación incondicional y de otros que afirman el derecho legal a morir' al tiempo que constituye 'una reflexión concreta en la que al hombre no se le secuestra la propia muerte ni por el encarnizamiento técnico y deontológico de unos ni por la autorización anónima y jurídica de otros'<sup>79</sup>.

El documento anglicano, en consecuencia, parece abrir una tímida perspectiva sobre esos pocos casos que podrían constituir una auténtica situación límite, en la que se hace realmente imposible la vida 'humana' en cuanto tal y en que lo único humano parece ser el dejar espacio a la muerte<sup>80</sup>.

### 3.5. *Síntesis de la postura de la Iglesia*

Al terminar el precedente recorrido se percibe una cierta sensación de unanimidad en los planteamientos, al tiempo que se observa un intento por emplear una nueva metodología ética, menos extrínsecista y más personalista.

79 A. Dumas, 'La eutanasia', en *Pentecostés* 14 (1976) 306.

80 Cf. J. L. Barbero, *Conflicto entre vida y libertad* (Madrid 1984) 65.

Sin embargo, el camino no parece concluido. Tanto la reflexión ética como el mismo magisterio oficial deberán tal vez un día plantearse el problema desde otras perspectivas, como la que sugieren los casos límite donde nos encontramos ante un ineludible conflicto de valores éticos importantes.

De todas formas, la lectura de estos documentos de la Iglesia nos sugiere las siguientes conclusiones: el problema de la eutanasia es hoy más urgente que nunca; la decisión sobre la terminación de la vida implica múltiples personas e instituciones; en este tema concreto se replantea de la forma más aguda la relación de la moral con la legislación y el derecho.

1. Por lo que se refiere a la urgencia del problema, recuérdese que ya sus mismos orígenes llevaron a Pío XII a la condena explícita de la eutanasia voluntaria y a una cuidadosa matización por lo que se refiere a la obligación de seguir manteniendo en vida a un enfermo sobre el que ya no caben esperanzas de recuperación.

Era obvio que se insistiera en el principio de totalidad, intentando diferenciarlo de evidentes tentaciones 'totalitarias'. Era normal que se insistiera en el principio del 'doble efecto' —que más tarde ha sido frecuentemente denunciado por los estudiosos de Ética—, para permitir el uso de narcóticos que podrían acelerar la llegada de la muerte, así como del principio de los medios ordinarios y extraordinarios para no exigir la utilización de todos los avances técnicos que podrían convertir la agonía en un largo e inútil calvario.

La actual socialización de la medicina lleva a la Iglesia a replantearse el principio de los medios extraordinarios y ordinarios. Esos términos cambian diariamente de contenido a medida que avanzan la tecnología y la coordinación estatal de la atención sanitaria. Parece que habría que hablar más bien de medios proporcionados o no al fin que se espera conseguir dada la situación peculiar de cada paciente.

2. Los documentos de la Iglesia fijan su atención alternativamente en el enfermo, en su familia, en el personal sanitario, en las autoridades políticas.

Respecto al enfermo, se reconoce la dignidad única de la persona humana, su derecho a decidir sobre los medios que han de ser utilizados o no en su tratamiento, y se valora su disponibilidad para someterse a tratamientos experimentales, y su sacrificio de ir hacia la muerte sin acudir a los medios 'extraordinarios'.

En cuanto a la familia, es vista como sujeto de las atenciones que es necesario prestar al moribundo, pero también como un término importante en la decisión del enfermo de renunciar a los gastos inútiles siempre que se haya perdido la esperanza de la recuperación.

En cuanto al médico, los documentos de la Iglesia perciben su esfuerzo por mantener una vida que se extingue. Le reconocen el derecho a intervenir, incluso con remedios arriesgados y el derecho a interrumpir una terapia que no hace sino alargar el lento proceso de una agonía irreversible. Perciben la presión que a veces se ejerce sobre los médicos y reivindican para ellos una libertad de decisión, siempre acorde con los intereses del paciente, basada en

sus conocimientos y experiencias. Y reivindican para ellos el derecho a la objeción de conciencia en los casos en que la legislación no coincida con sus exigencias morales.

En cuanto a las autoridades públicas, llaman la atención sobre el deber de atender a las necesidades de la vida de los hombres y sobre la eventual tentación de imponer normas expeditivas, aun apoyándose en las decisiones de una mayoría sociológica.

3. Los documentos de la Iglesia condenan, por fin, un posible ordenamiento legal que permitiese el empleo de los medios médicos para dar la muerte al moribundo, mientras que abogan por una legislación que regule las situaciones antidistanásicas, despenalizando eventualmente la decisión de interrumpir el tratamiento 'desproporcionado', y advierten contra el efecto deseducador de una ley permisiva de la eutanasia.

#### 4. LOS MORALISTAS CRISTIANOS ANTE LA EUTANASIA

Al formular su juicio sobre las actitudes humanas o sobre los comportamientos sociales, el teólogo moralista cuenta, desde luego, con el Magisterio de la Iglesia, pero no debe caer en la tentación de repetir mecánicamente lo afirmado por esa voz autorizada. Su función consiste en avanzar por delante, con osadía y humildad, intentando abrir nuevos caminos para el repensamiento de las exigencias coyunturales del mandamiento del amor. También en el tema de la eutanasia, el moralista ha de reflexionar sobre los planteamientos recibidos de una tradición doctrinal. Pero ha de intentar una nueva metodología, con una cierta libertad y sencillez.

##### 4.1. *Metodología tradicional*

En el contexto del quinto mandamiento —'No matarás'—<sup>81</sup>, la eutanasia era presentada como un acto de asesinato, al menos desde una consideración objetiva, que, naturalmente, admitía diversas cualificaciones, de acuerdo con las diversas 'circunstancias' que podían acompañar la materialidad del acto de la occisión. Pero la moral tradicional distinguía inmediatamente entre una eutanasia positiva y una eutanasia negativa, entre una eutanasia directa y una eutanasia indirecta, como ya se ha recordado más arriba.

Tras aquellas divisiones latía la convicción de la diversidad entre una acción y una omisión, aunque en cuestiones de vida o muerte nunca fuese tan fácil marcar los límites exactos. Y se percibía también la conciencia de la ambigüedad ante dos opciones morales igualmente difíciles y conflictivas y la conciencia de tener que buscar una salida. El principio de la acción de doble efecto, uno querido y el otro permitivo, era no solamente una teoría, sino esa única salida posible en el caso siempre frecuente de un conflicto de deberes

81 Cf. B. Häring, *La Ley de Cristo*, 7 ed. (Barcelona 1973) 232-33.

éticos. Así pues, la moral tradicional aplicaba al problema de la eutanasia una metodología que venía a distinguir cuidadosamente el terreno de lo directo y lo indirecto.

a) *Eutanasia positiva directa*

Suscita generalmente graves objeciones morales y una cierta resistencia interior que constituye 'la traducción a un nivel vivencial de la expresión clásica de que el hombre no es dueño de su vida ni de la ajena'<sup>82</sup>. Nadie, ni por sí mismo ni por medio de otras personas, puede poner un término al sentido teleológico de la existencia ni al empeño personal por conseguirlo<sup>83</sup>.

La eutanasia positiva directa es considerada por la moral cristiana como la muerte de un inocente. Cuando es administrada contra la voluntad del paciente, o sin contar con su decisión responsable, constituye *objetivamente* un asesinato, modificado con frecuencia por el estado subjetivo del agente de la eutanasia.

Cuando la eutanasia se administra a petición del paciente el problema admite varias matizaciones. En principio y objetivamente la decisión suicida es moralmente rechazable, aun cuando el suicidio puede asumir en determinados casos una moralidad diferente gracias a su significado de heroica generosidad<sup>84</sup>.

En el caso eventual de una decisión eutanásica a petición del paciente cabe la pregunta sobre el momento en que se formula la petición. Si el enfermo ha manifestado su intención con anterioridad al momento de sus máximos dolores, o aun antes de su enfermedad, no parece éticamente justificable dar cauce a una decisión formulada en momentos en que se ignoraba experiencialmente la eventual situación de miedo, de angustia o de dolor.

Si la petición de un tratamiento eutanásico es realizada en el momento presente en que se hace 'insoportable' la vida, habrá que preguntarse seriamente por el sentido de la petición. Ya el documento anglicano señalaba que en realidad los enfermos, especialmente los ancianos no suelen pedir 'matadme', sino 'dejadme morir'. Así se expresa uno de nuestros moralistas:

'En realidad, enfermos que parecen pedir la eutanasia están solicitando un cuidado mejor, un acompañamiento más humano y no tantos desvelos técnicos: es necesario saber descifrar el verdadero lenguaje del enfermo en semejante situación. Si la medicina crónica y terminal estuviera tan atendida como algunos sectores técnicos en punta, probablemente serían todavía menos los enfermos que solicitaran la eutanasia. Las peticiones,

82 J. Gafo, *Nuevas perspectivas en la Moral Médica* 228. Véase también su contribución 'Eutanasia y derecho a morir en paz', en la obra *La eutanasia y el derecho a morir con dignidad*, 123-42. Cf. K. D. O'Rourke, 'Christian Affirmation of Life', en D. J. Horan - D. Mall (ed.), *Death, Dying, and Euthanasia* (Frederick, Maryland 1980) 362-68.

83 Cf. G. Perico, 'Diritto di morire?', en *Aggiornamenti Sociali* (Dic. 1975): '¿Derecho a morir?', en *Colligite* 22 (1976) 141-48.

84 Véase la *Declaración sobre la Eutanasia* de la Sda. Congregación para la Doctrina de la Fe: *Ecclesia* n. 1990 (12 jul. 1980) 860-62; G. Grisez, 'Suicide and Euthanasia', en D. J. Horan - D. Mall (ed.), *Death, Dying, and Euthanasia*, 742-817.

quizás más que expresar los deseos profundos del enfermo, denuncian las carencias de la medicina y de la sociedad'<sup>85</sup>.

b) *Eutanasia positiva indirecta*

Como ya queda dicho, el papa Pío XII preveía algunos casos en los que la administración de ciertos medicamentos podría ciertamente aliviar los dolores del enfermo, aunque al mismo tiempo acortaría la duración de su vida. Este acortamiento sería un efecto no-querido, aunque previsto, de una acción moralmente buena, como es el intento de aliviar los dolores del enfermo.

Nos encontramos aquí ante una situación típica de las que ejemplificaban la aplicación del principio tradicional del doble efecto, empleado en la teología moral para resolver las situaciones conflictivas en las que entran en conflicto dos o más deberes ineludibles. La reflexión contemporánea ha intentado clarificar el contexto y los términos de tal principio, distinguiendo, como lo hace Peter Knauer, entre el mal físico y el mal moral. Según él, el mal moral consistiría en causar o permitir el mal físico sin una razón proporcionada y justificadora de la acción. De esta forma se trata de evitar el peligro de casuismo y de fisicalismo en que podría caer el planteamiento del principio de doble efecto, especialmente por lo que se refiere a la tercera condición clásica del principio: Que el efecto malo no puede ser el objeto material inmediato del acto físico<sup>86</sup>.

De todas formas, en virtud del mencionado principio, la aludida medicación *peligrosa* estaría permitida, puesto que, por hipótesis, no se pretende suprimir o acortar la vida del paciente, sino únicamente aliviarle de sus dolores, aunque se siga el efecto negativo del acortamiento de su vida.

Si lo que solemos decir sobre el sentido de la muerte como acto humano no se reduce a pura retórica, hay que admitir la honestidad de esos esfuerzos por procurar al enfermo una situación de lucidez y de dignidad para que pueda vivir, a ser posible en paz y sin dolores, ese momento privilegiado del fallecimiento. Por decirlo con las palabras de Javier Gafo, 'sin duda pesa más en la balanza moral que el enfermo pueda vivir de un modo humano sus últimos días que el acortamiento de vida que se requiere como condición para conseguirla'<sup>87</sup>.

c) *Eutanasia negativa*

Con esta expresión se denominaba la interrupción de la aplicación de los medios 'extraordinarios' de reanimación que, con una remota esperanza de recuperación y de vida consciente, siguen manteniendo al paciente en estado

85 F. J. Elizari, 'Moral de la vida y la salud', en *Praxis cristiana*, II (Madrid 1981) 113-14; cf. J. Gafo, *La eutanasia* (Madrid 1984) 23-25.

86 Véase el discurso de Pío XII al IX Congreso Nacional de la Sociedad Italiana de Anestesiología (24 feb. 1957), en *Colección de Encíclicas y Documentos Pontificios*, I (Madrid 1967) 1806-17.

87 J. Gafo, *Nuevas perspectivas en la Moral Médica*, 233. Pueden verse sus artículos publicados en el diario *Ya* de Madrid entre los días 3 y 8 de febrero de 1985.

de vida vegetativa. Tras la introducción del término 'distanasia' para referirse a la aplicación de aparatos auxiliares, la eutanasia negativa se conoce también con la expresión de 'anti-distanasia'.

Nos encontramos aquí en una situación distinta a la anterior y totalmente diferente del caso de la eutanasia positiva directa. No se trata ahora de practicar una acción objetivamente inmoral, aun disculpable a veces por un estado subjetivo, ni de realizar un acto de malos efectos previstos aunque no queridos, sino que se trata de una omisión cuya moralidad dependerá de la intención de la persona que realiza dicha omisión y de algunas circunstancias objetivas que modifican sustancialmente la acción o la omisión.

De hecho los malentendidos más graves en torno al problema de la eutanasia se centran sobre la cuestión de la suspensión del tratamiento que se ha revelado como inútil, así como en torno al problema de la reanimación.

1) Por lo que se refiere a la primera cuestión, es de sobra conocido el caso de enfermos graves e incurables que, personalmente o por medio de sus familiares, piden la suspensión del tratamiento médico, por considerarlo ya inútil y capaz solamente de prolongar una supervivencia apenas soportable.

En casos semejantes, la doctrina moral no tiene dificultad en advertir un cierto 'derecho del enfermo' a hacer suspender el tratamiento médico. En la moral tradicional se hablaba de la licitud de renunciar a los cuidados extraordinarios, o excepcionales, o excesivamente gravosos. Se observa que el juicio sobre tal carácter ordinario o extraordinario se ha deslizado últimamente de la consideración del *derecho* del enfermo a la de los *deberes* de la organización médica. No se debería olvidar que el discurso moral tradicional dejaba al mismo paciente el juicio último sobre el carácter 'extraordinario' de los medios.

En nuestros días ha aumentado la conciencia de las obligaciones de una asistencia médica socializada y las características de gravosidad ya no son tan reales frente al deber de la sociedad de procurar los cuidados necesarios a los enfermos, aun los económicamente débiles. Así pues, se prefiere fundar la licitud de la renuncia a los cuidados médicos citados sobre la base de su 'proporcionalidad' a las esperanzas de recuperación del enfermo<sup>88</sup>.

También se ha comenzado a fundar la licitud de la renuncia en un criterio más antropológico que económico, es decir, en el derecho del paciente a es-

88 Cf. J. Gafo, *La eutanasia* (Madrid 1984) 13: La declaración de la Congregación para la Doctrina de la Fe 'en vez de los términos clásicos de «medios ordinarios y extraordinarios» (que llevan aparejada la pregunta ulterior de dónde acaba lo «ordinario» y obligatorio y dónde comienza lo «extraordinario» o no obligatorio), utiliza los términos más adecuados de medios «proporcionados» y «desproporcionados». Para poder delimitar el carácter proporcionado o desproporcionado de un medio terapéutico debe tenerse en cuenta «el tipo de terapia, el grado de dificultad y de riesgo que comporta, los gastos necesarios y las posibilidades de aplicación con el resultado que se puede esperar de todo ello, teniendo en cuenta las condiciones del enfermo y sus fuerzas físicas y morales». Esto significa que una misma terapia puede ser «proporcionada» para un paciente y «desproporcionada» para otro, ya que debe tenerse en cuenta el conjunto de circunstancias que rodean a un enfermo'.

coger una forma de muerte más serena y más humana, más adaptada al encuentro con el acto fundamental de su vida y con el misterio que le espera <sup>89</sup>.

En un intento por concretar de alguna manera las condiciones indispensables para lograr ese estado de serenidad consciente que humanizaría el acto de morir, algunos, como el Dr. Rynearson, han elencado las disposiciones del enfermo terminal:

1. El paciente moribundo ha de morir con dignidad, respeto y humanidad.
2. Ha de morir con el menor dolor posible.
3. Ha de tener la oportunidad de recordar el amor y los beneficios de una vida compartida; si lo desea, su familia y sus amigos han de visitarle.
4. Ha de poder aclarar sus relaciones, expresar sus deseos, compartir sentimientos.
5. El paciente y los familiares han de plantear con inteligencia los cambios que su muerte impondrá sobre los que quedan.
6. El paciente ha de morir en un ambiente familiar, si es posible; si no, la muerte ha de tener lugar en un ambiente lo más parecido posible al de casa.
7. Por fin, pero muy importante, ha de haber interés por los sentimientos de los que quedan (...).

Si se aseguran estas dos cosas: primera, que el paciente está muriendo de un proceso maligno para el que no puede haber tratamiento, y segunda, que el paciente, sus familiares y su consejero espiritual se dan cuenta de la situación, entonces lo que sugiero es que el médico habrá de hacer todo lo que pueda para aliviar el sufrimiento del paciente y no hacer ningún esfuerzo por prolongar su vida' <sup>90</sup>.

2) El problema de la interrupción de las prácticas reanimadoras y otras iniciativas simultáneas de terapia intensiva se ha hecho especialmente sensible en la opinión pública de estos últimos tiempos. Ante las técnicas reanimadoras —respiratoria, cardíaca, renal, reanimación de un shock reintegrando el volumen de sangre o devolviendo el tono de los vasos, etc.— el problema ético y deontológico-profesional se plantea cuando, después de haber aplicado durante un período de tiempo más o menos largo las técnicas reanimadoras, las condiciones del sujeto no revelan mejoría ni signos de vida. En este caso cabe preguntarse si es lícito interrumpir las técnicas de reanimación. La moral cristiana, en general, ofrece elementos para pensar que un paciente bajo reanimación, del que se haya verificado la muerte clínica 'puede ser separado de los aparatos reanimadores, aunque esta separación produzca fatalmente la interrupción de las funciones paravitales que de ellos dependían, así como la rápida y total degeneración biológica del organismo' <sup>91</sup>.

89 Cf. G. Perico, '¿Derecho a morir?', en *Colligite* 22 (1976) 144, al que seguimos en este resumen.

90 E. Rynearson, 'The Patient Who is Dying of Cancer', en *The Manitoba Medical Review* 42/2 (1962) 78-79.

91 G. Perico, '¿Derecho a morir?', en *Colligite* 22 (1976) 146. Véanse también sus

El moralista Giacomo Perico, al que se deben las palabras precedentes, apoyadas en la célebre intervención de Pío XII, del 24 de noviembre de 1957, no duda en dar un paso más:

'Personalmente somos de la opinión de que, incluso en el caso de que quedase aún alguna pequeña duda sobre la muerte clínica del paciente, pero fuese verificada una *amplia degeneración cerebral seguramente irreversible*, con los consiguientes fallos irrecuperables de órganos fundamentales para la supervivencia, desde un punto de vista moral, precisamente en nombre del interés general del sujeto y en su nombre, se podría *suspender la reanimación*'<sup>92</sup>.

Quizá en casos como éstos, en los que el tratamiento ya no es curativo sino sólo de apoyo de una supervivencia forzada y sin alguna esperanza de recuperación, cabría replantearse la discusión sobre 'cantidad frente a calidad de vida'<sup>93</sup>. Y aceptar el riesgo de esas elecciones dramáticas pero inevitables que nos encontramos frecuentemente en la vida. Si la lucha contra la muerte nunca constituye una prestación inútil o ridícula, hay que reconocer que también en esta lucha puede existir un límite, impuesto sobre todo por la dignidad del mismo paciente, que no sólo tiene el derecho de sobrevivir sino también el de salvar sus valores más personales.

De todas formas no se oculta aquí la ambigüedad de la alternativa sugerida. ¿Quién es capaz de definir las notas que caracterizan la 'calidad' de la vida? Y, sobre todo, ¿quién puede determinar los ingredientes, los motivos y las tonalidades que configuran una vida de calidad para otras personas? Evidentemente, la discusión sobre esta alternativa ha de ser siempre humildemente indicativa y no debe tomarse en términos demasiado apodícticos. Se pretende sugerir con ella una especie de voto para que la tecnología actual no se imponga como inesquivable obligación la de alargar la vida aun a riesgo de verla despojada de esas indefinibles cualidades que la hacen armónica y 'vivable'.

#### 4.2. *Hacia una nueva metodología*

Al intentar reflejar el tratamiento tradicionalmente dado desde la reflexión moral al tema de la eutanasia, tal vez nos hayamos sentido un tanto incómodos con el mismo planteamiento de las cuestiones. No podemos menos de estar

ulteriores estudios 'Eutanasia e sospensione dei trattamenti in malati terminali', en *Aggiornamenti Sociali* 33 (1982) 677-86 y 'Aspetti della rianimazione', en *Aggiornamenti Sociali* 34 (1983) 329-37.

<sup>92</sup> G. Perico, loc. cit. El autor razona su postura afirmando que en este caso nos encontraríamos ante la suspensión de una terapia que ya no es curativa, sino que constituye solamente un apoyo para una supervivencia forzada que por otra parte no ofrece esperanzas de recuperación.

<sup>93</sup> Cf. P. H. Long, 'On the Quantity and Quality of Life', en *Resident Physician* 6 (abr. 1960) 69-70; (mayo 1960) 53-61; (jun. 1960) 51-53; K. Nolan, 'El problema del cuidado de los moribundos', en Ch. E. Curran (ed.), *¿Principios absolutos en Teología Moral?* (Santander 1970) 264.



de acuerdo con el moralista Marciano Vidal cuando dice que es necesario superar y abandonar ciertas opciones metodológicas precedentes:

a) Una argumentación moral basada en el principio del 'voluntario directo e indirecto' o en el principio de doble efecto resulta hoy sospechosa en el diálogo ecuménico, pero también para muchos moralistas católicos, por partir de una especie de 'intencionalismo extrínsecista' y de una concepción fisicista de la responsabilidad y de la reflexión moral.

b) Una argumentación basada sobre el carácter 'ordinario' o 'extraordinario' de los medios empleados por la medicina se nos ha quedado pequeña a nosotros mismos. El criterio es demasiado objetivista, por una parte, y demasiado discriminatorio por otra. Es decir no parece tener en cuenta la relación concreta entre los medios y las posibilidades en una situación dada y parece olvidar que lo que para algunos pacientes constituye un medio ordinario, para otros, más pobres económica o culturalmente, resulta extraordinario, mientras que el valor de la vida debería ser percibido y defendido con independencia de tales apreciaciones. La misma distinción entre esos medios denuncia un estadio demasiado individualista y liberal de la medicina y de la sanidad.

c) Una argumentación basada sobre la diferencia cualitativa de las personas resultaría, por otro lado, injusta e injuriosa: no es justo, en efecto, valorar una vida, desde fuera, de acuerdo con los simples parámetros de la edad, la capacidad de producción o el puesto relevante que ocupa en la sociedad.

d) Una argumentación basada en la distinción entre la *acción* y la *omisión* resulta cada vez más difícil, si se tiene en cuenta el avance de los medios técnicos actuales, al tiempo que reviste al menos una apariencia de fariseísmo. Los mismos códigos penales no darían una lección ética al no admitir razones de exculpación en el caso de determinadas omisiones graves<sup>94</sup>.

Pero en un buen planteamiento ético no basta con criticar una metodología insuficiente. Es necesario ofrecer una alternativa. Tanto por lo que se refiere al tema ético de los trasplantes como al del aborto o, en este caso, al de la eutanasia o la anti-distanasia, parece que es necesario optar por un planteamiento que incluya en su base la realidad del *conflicto de valores*.

Aun el hombre que profesa una responsable veneración por un determinado valor se encuentra con frecuencia en situaciones en las que ha de tomar decisiones difíciles, dramáticas incluso. Y el dramatismo proviene precisamente de la encrucijada ante la cual se encuentra la persona: cualquier decisión que tome refleja en parte y en parte traiciona la majestad de los valores por los que su vida se orienta y en los que la vida se realiza. Así ocurre a menudo ante el valor de la verdad. Y también ante el valor de la vida.

94 Cf. M. Vidal, *El discernimiento ético* (Madrid 1980) 98-99.

'La metodología coherente para plantear los problemas éticos de la eutanasia y de la adistanasia es la que se basa en el *valor* de la vida humana, valor que a veces se encuentra en *conflicto* con otro valor (concretamente el valor de morir dignamente). Cuando no existen esas dificultades conflictivas ninguna ética razonable encuentra dificultad en mantener y defender el valor de la vida humana en el paciente (cercano o no tan cercano al desenlace final). Las preguntas surgen cuando existe un conflicto entre el valor de la vida humana y otras realidades que se juzgan también como valores'<sup>95</sup>.

Es cierto que la metodología del conflicto de valores no está exenta de ambigüedad y que éste ha de ser sopesado cuidadosamente, sobre todo cuando se trata de cuestiones capitales como las relativas a la vida humana. Ya subrayaba Bernhard Häring que el criterio de discernimiento nunca puede ser el de la mera 'utilidad', a menos que se pretenda justificar un auténtico genocidio<sup>96</sup>. Tampoco habría que insistir demasiado para excluir otros criterios valorativos, como el placer, la comodidad, la tranquilidad, o menos aún para descartar las razones de animadversión o venganza, u otras que fácilmente serían reconocidas como tipificadoras de un asesinato. El mismo profesor Marciano Vidal, recientemente citado, afirma con razón que 'en las situaciones de la eutanasia y de la adistanasia solamente puede hablarse de auténtico conflicto de valores cuando entran en juego el valor de la vida humana y el valor del morir dignamente, ya que este valor se enraíza —lo mismo que el valor de la vida humana— en la totalidad axiológica de la persona'<sup>97</sup>.

— El principio del conflicto de valores con relación a las *situaciones eutanásicas* no debería ser aplicado a los casos en que se pretende abreviar la vida del enfermo por razones de egoísmo o por deshacerse de una vida calificada como 'inútil' ni a los casos en que se pretende liberar al enfermo de una agonía prolongada y dolorosa. En todos esos casos no se puede hablar, si no es abusivamente, de un auténtico conflicto de valores entre el valor de la vida y esas otras finalidades.

La práctica eutanásica por la que eventualmente se decidiría el enfermo o la que él mismo pudiera suplicar a los demás, sería una capitulación frente a la tarea auténticamente ética de la aceptación, promoción y realización del valor de la vida y aun de su muerte. En cuanto a la eutanasia activa, decidida a espaldas del moribundo y sin su consentimiento, sería además una intromisión y una infracción contra la persona humana y sus derechos fundamentales: una especie de imposición de una escala de valores, una profanación y,

95 M. Vidal, loc. cit., 99, así como en su obra *Moral de la persona. Moral de Actitudes* 5 ed. II (Madrid 1985) 273. Cf. F. J. Elizari, 'Moral de la vida y de la salud', en la obra *Praxis cristiana* 2 (Madrid 1981) 53-79.

96 Cf. B. Häring, *Moral y Medicina*, 140; J. Regnier, *L'Etat est-il maître de la vie et la mort?* (Paris 1983).

97 M. Vidal, *Moral de la persona. Moral de Actitudes* II, 274.

de rechazo, la confesión de la triste incapacidad de un mundo tecnificado para una auténtica asistencia al moribundo<sup>98</sup>.

— Con relación a las *situaciones distanásicas* el principio del conflicto da valores entre el valor de la vida humana y el valor de una muerte en dignidad evoca una conclusión inmediata que se podría aquí expresar con las mismas palabras de M. Vidal:

'Creemos que entra dentro del «derecho a morir humanamente» no prolongar indebidamente la vida del hombre más allá de lo que presumiblemente es el espacio de la realización de la libertad humana. Mientras que juzgamos inmoral todo procedimiento conducente a la eutanasia, opinamos que debieran proponerse pistas más abiertas para orientar la conciencia moral con relación a las situaciones distanásicas'<sup>99</sup>.

Reasumiendo lo que, en otro planteamiento queda dicho, se podría afirmar que el principio del conflicto de valores tendría aplicación en situaciones que se han hecho frecuentes en nuestros días:

1. Cuando las técnicas reanimadoras siguen manteniendo una vida vegetativa y ha sido ya posible constatar la muerte clínica del paciente, se podría prescindir de los medios auxiliares. El valor de la vida ha dejado ya de entrar en conflicto con algún otro de equivalente dignidad. El uso de los medios auxiliares puede ser justificado obviamente por razones extrínsecas como la eventualidad de un trasplante de órganos.

2. Cuando no pueda comprobarse la existencia de la muerte clínica y sin embargo la utilización de los medios auxiliares no hace sino prolongar un estado de vida prácticamente vegetativa, no parece inmoral y podría ser recomendable suspender el tratamiento distanásico atendiendo a razones suficientes, de índole familiar, psicológica y hasta económica<sup>100</sup>.

3. Cuando la utilización de un medio, como una grave operación, no producirá otro resultado que prolongar brevemente una existencia, por otra parte dolorosa, se puede decir que no hay obligación de prolongar la vida y se puede *dejar morir* al paciente en mayor serenidad y dignidad.

4. Cuando por la escasez de recursos se plantea el problema de tener que elegir entre dos vidas, habrá que preguntarse, en ese auténtico conflicto

98 Cf. P. Sporken, *Ayudando a morir* (Santander 1978) 142. Sería oportuno recordar que en un mundo de la racionalidad y de la programación, y ante la muerte que se presenta como incomprensible e improgramable, la eutanasia se presenta como un dramático intento de recuperar la racionalidad y la eficiencia ante el acoso del absurdo, la funcionalidad y el éxito ante la amenaza de lo inaferrable: G. Campanini, 'Eutanasia e società industriale', en *Rivista di Teologia Morale* 14 (1982) 601-6. Cf. A. Regan, 'From Euthanasia to the Good Death', en *Studia Moralia* 15 (1977) 67, quien cita en este caso la convicción de las Dras. Kübler Ross y Saunders. Ver también J. Gafo, 'Ayudando a bien morir', en la obra *La eutanasia y el derecho a morir con dignidad* (Madrid 1984) 67-85.

99 M. Vidal, *Moral de la persona. Moral de Actitudes* II, 281.

100 Cf. G. Higuera, *Distanasia y moral: Experimentos con el hombre* (Santander 1973) 269; Y. Congar, *Ética y Medicina* (Madrid 1972) 210-11.

de valores, cuál de ellas ofrece más probabilidades de constituir una vida plenamente humana, cuál de ellas presenta más esperanza de recuperación, para ofrecerle la prioridad de los servicios asistenciales.

5. Cuando se da una discrepancia entre el juicio valorativo del médico y el juicio de su paciente o de sus tutores puede presentarse otro serio conflicto. El médico puede y debe aconsejar y orientar, desde su competencia, sobre el posible tratamiento disponible o sobre los medios de reanimación que cabría poner en función, pero deberá respetar la decisión última del enfermo o de sus familiares, quedando a salvo otras responsabilidades penales. En una situación como ésta, nada infrecuente por cierto, el principio del conflicto de valores sugiere que no sea el médico quien juzgue desde fuera sobre la mayor o menor 'humanidad' de la vida que está en juego. No se puede ofrecer desde una óptica exterior, un juicio adecuado sobre la 'calidad-de-la-vida' y lo que la hace estimable y asumible<sup>101</sup>.

Este trabajo no debería terminar sin evocar la reflexión de algunos pensadores no-católicos contemporáneos. Su voz puede aquí prestar una valiosa contribución al esclarecimiento de la nueva metodología moral que se persigue.

Recordamos, en primer lugar, la obra *Vivir con la muerte*, en la que Helmut Thielicke recoge un curso dictado en la universidad de Hamburgo sobre la muerte. Partiendo del pensamiento de F. Nietzsche sobre la muerte, se pregunta el autor qué es lo que puede servir al enfermo para bien o para perjuicio. 'Si la medicina, dice, ha de servir para conservar y curar la vida humana, entonces esta exigencia —al menos por lo que hace a la *conservación* de la vida— igualmente se puede cumplir por exceso. Por medio de la respiración artificial y otros procedimientos es posible conservar siempre encendida la llama de una vida que se apaga y alargar el momento del morir o del vegetar inconsciente con ayuda de unos artificios médicos absurdos'<sup>102</sup>.

Esboza el autor algunas consideraciones fundamentales sobre el derecho del hombre a la vida y su derecho a la muerte, al tiempo que recuerda que en ninguna de nuestras tradiciones existe un mandamiento que obligue a alargar a cualquier precio la vida que se extingue y establece una distinción entre la vida biológica y la vida humana. Tras recordar con aprobación las conocidas palabras de Pío XII a los anestesiistas, se pregunta si no será una sutileza la diferenciación entre matar y dejar morir: aunque la considera sujeta a abusos, la juzga al fin importante e inevitable. Manifiesta, en efecto, que 'la situación de decisión caería en una pendiente imposible de detener, si el criterio para el derecho de acabar con la vida de otro a petición del interesado ya no fuera el sufrimiento, que por lo menos se puede comprobar objetivamente, sino también el estado subjetivo de desesperanza'.

101 Cf. K. Rahner, 'Die Freiheit des Kranken in theologischer Sicht', en *Schriften zur Theologie* XII (Einsiedeln 1975) 439-54, esp. 452 y la hermosa frase conclusiva: 'Der Arzt ist ein Diener der Freiheit' (p. 454).

102 H. Thielicke, *Vivir con la muerte* (Barcelona 1984) 114.

Para concluir, y con un tono que pretende resumir la sabiduría de nuestras antiguas tradiciones cristianas, añade el autor:

'Nos está prohibido poner impedimentos al Señor de la muerte y de la vida por medio de artificios médicos que también nos pueden «volver locos». Pero también nos está prohibido querer ser más divinos que Dios y destruir el reloj de arena que ha colocado como medida de nuestra temporalidad'<sup>103</sup>.

Francamente interesante resulta la reciente obra de G. Skegg, profesor de Derecho de Oxford, quien bajo el título *Law, Ethics, and Medicine*, ofrece una rica serie de estudios sobre aspectos legales de algunos problemas que surgen en la práctica médica. El libro da cuenta de los términos en que tales problemas son situados por las actuales leyes inglesas y de algunos otros países de cultura anglosajona.

Por lo que se refiere al tema de estas páginas el autor se refiere a la cuestión de los medios ordinarios y extraordinarios para anotar que, en tiempos relativamente recientes, esta terminología ha sufrido una cierta variación: si en principio se refería a la obligación del paciente, poco a poco ha pasado a referirse a la obligación de suministrarle o no tales remedios. Por otra parte, hay que tener en cuenta que la calificación de 'ordinarios' o 'extraordinarios' apenas puede ser aplicada si se ignora el punto de vista personal del mismo paciente, su pudor o su 'repugnancia psicológica' ante un determinado tratamiento. Además, el uso de esos términos por parte de los médicos no coincide exactamente con el lenguaje utilizado por los moralistas:

'...la distinción puede fácilmente ser mal entendida, porque los doctores hablan de tratamiento «ordinario» en contraste con el tratamiento heroico, inusual o «extraordinario». Al actuar así, utilizan los términos en un sentido más descriptivo que normativo, para referirse a un tratamiento convencional o establecido; un nuevo procedimiento, todavía no en uso generalizado, no sería considerado como «ordinario», aunque no implicara excesivos gastos, dolor u otros inconvenientes y ofreciera una razonable esperanza de beneficio. Cuando los doctores distinguen entre procedimientos ordinarios y extraordinarios raramente tienen en cuenta las consideraciones personales y otras ajenas al campo médico que juegan un papel importante en la distinción de los moralistas'<sup>104</sup>.

103 H. Thielicke, loc. cit., 118.

104 G. Skegg, *Law, Ethics, and Medicine* (Oxford 1985) 145. Una crítica semejante a la terminología de los medios 'ordinarios' y extraordinarios ha sido formulada por S. T. Helsper - J. J. McCarthy, 'Foregoing Artificial Nutrition and Hydration: Some Recent Legal and Moral Implications for Catholic Health Care Facilities', en *Linacre Quarterly* (agosto 1987) 39-46. Para los puntos de vista de otros pensadores no cristianos y aún no religiosos, ver I. Jakobovits, 'Some Recent Jewish Views on Euthanasia', en D. J. Horan - D. Mall (ed.), *Death, Dying, and Euthanasia*, 344-47; Y. Kamisar, 'Some Non-Religious Views against Proposed «Mercy-Killing» Legislation', en la misma obra, 406-79.

El autor señala que sería deseable evitar esa terminología que suscita una cierta confusión e induce a pensar que existe la obligación de utilizar o aceptar el tratamiento usual. Por otra parte, no deja de recordar que la terminología responde a ciertos presupuestos 'católicos' que podrían no ser aceptados en una sociedad pluralista y que la misma Santa Sede ha dejado de utilizar. De ahí que sugiera que, ante los tribunales, podría emplearse el argumento de lo que habitualmente haría un 'doctor responsable'. Bien entendido, el principio equivale al de la utilización de los medios proporcionados y tiene en cuenta los esfuerzos razonables en la defensa de la vida.

## 5. CONCLUSION

En este terreno, como en muchos otros que la ética ha de afrontar cada día, es extremadamente difícil llegar a la unanimidad. Cada planteamiento depende de una previa idea sobre la sociedad y aun sobre el hombre mismo. La afirmación de que la ética es una consecuencia de la antropología no es sólo un ideal o una aspiración: es antes que nada una constatación.

El problema ético de la eutanasia y la distanasia no debería nunca plantearse de espaldas a las últimas preguntas sobre el hombre y su misterio.

El primer paso de la antropología tropieza con la verdad incontestable de que la vida humana es un *don*. Pero si la vida nos es entregada, también su sentido nos es ofrecido desde la gratuidad. La misma vida humana reviste en consecuencia el carácter de la normatividad. El mismo regalo de la vida trae consigo las 'instrucciones para el uso'. El sentido de la vida ha de ser buscado en la misma menesterosidad del ser humano, que es a la vez y siempre 'adviento' y 'epifanía'. De ahí que el hombre nunca pueda juzgar que *ya* y definitivamente ha encontrado el sentido o que *nunca* podrá ya encontrarlo. De ahí que objetivamente el suicidio sea en el fondo una violación de la itinerancia que constituye el fondo de la peripecia humana.

Pero el hombre tampoco debería decidir que las vidas de sus hermanos están ya clausuradas para el sentido buscado. Ni podrá imponer a los demás las claves que ofrecen sentido a su propia experiencia. De ahí que objetivamente el homicidio sea en el fondo una profanación.

La práctica de la eutanasia positiva incluye, de una forma más o menos implícita, la afirmación arrogante de que el hombre crea o impone el sentido de la vida humana o que, por el contrario, renuncia sistemáticamente a rastrearlo.

Exactamente lo contrario ocurre en la decisión anti-distanásica. Cuando la vida humana deja de ser regalo —y por tanto tarea razonable y esperanzada— constituye una intromisión, justificable a veces y condenable casi siempre, intentar retenerla de modo artificial y violento. Al hombre que ha de buscar el sentido para su vida, se le ha de permitir hallar el sentido para su muerte.