

JOSÉ RAMÓN AMOR PAN *
ISMAEL CHECA **

LA EUTANASIA Y EL SUICIDIO ASISTIDO EN EL *HASTINGS CENTER REPORT*

La eutanasia y el suicidio asistido están nuevamente de actualidad. Jack Kevorkian, el «Doctor Muerte», fue arrestado el 25 de noviembre de 1998 por las autoridades del Estado de Michigan (E.E.UU.), después de que se emitiera en televisión un vídeo que recogía el momento en el que inyecta una dosis letal a un enfermo terminal. El médico entiende la emisión de este vídeo como su último sacrificio en la batalla emprendida en 1990 en favor de la legalización de la eutanasia. «Es hora de poner final a este circo. Quiero ser juzgado por eutanasia. Voy a probar que esto no es un crimen, independientemente de lo que diga la Ley (...) Hay pacientes que nunca podrían hacerlo por sí solos. Desde este momento lo haré de esta manera. Es más rápido, limpio y fácil», asegura desafiante y sin parpadear ante los reporteros de la televisión. El 13 de abril de 1999 ha sido condenado a veinticinco años de cárcel, en el

* José Ramón Amor Pan, Doctor en Teología Moral, es Profesor en la Facultad de Teología de la Universidad Pontificia Comillas de Madrid, en donde coordina junto al profesor Javier Gafo un *Master en Bioética*, y en la Facultad de Ciencias Experimentales y Técnicas de la Universidad San Pablo-CEU.

** Ismael Checa, sacerdote carmelita, Licenciado en Teología Moral y Master en Bioética, es Profesor en el Colegio San José de Begoña (Madrid).

que era su quinto proceso judicial. «Considere que su cruzada ha terminado... usted no está por encima de la Ley», afirmó la juez Jessica Cooper.

Kevorkian se hizo famoso cuando asistió en su suicidio a Janet Adkins, una profesora de Oregón de cincuenta y cuatro años de edad que sufría un prematuro mal de Alzheimer. El acto en cuestión se llevó a cabo con la famosa «killing machine» de Kevorkian, consistente en tres botellas conectadas a una vía intravenosa. La primera de las botellas contiene una solución salina; la segunda, que ha de ser conectada directamente por el paciente, un sedante que, una vez agotado, da paso al contenido de la tercera de las botellas: cloruro potásico¹. Aunque no todos aprueban sus métodos, muchos sí ven compatible la participación del médico en la muerte de los pacientes, como reconoce de hecho la *Ballot Measure 16* aprobada en Oregón, sin que ello erosione en ningún modo la integridad de la profesión médica.

El *Hastings Center* es uno de los grandes centros de referencia de la Bioética mundial. Fue fundado en 1969 por Daniel Callahan, que hasta fechas recientes ha sido su director. Durante sus primeros veinte años estuvo situado en un pueblo al norte de Nueva York, sobre el río Hudson, que se llama Hastings on Hudson. Después se ha trasladado algo más al norte, al campus que la *Peace University* tiene en *Briarcliff Manor*. En él trabajan alrededor de veinticinco personas en diferentes áreas de investigación relacionadas con la Bioética.

Publica el *Hastings Center Report [HCR]*, un eficaz instrumento para dar a conocer los resultados de sus estudios, así como foro para el debate de las cuestiones más importantes de la Bioética, convirtiéndose en punto de referencia obligado para todo estudioso de estos temas. Además de los seis números que salen a la luz cada año, hay que añadir sus conocidos suplementos especiales, que recogen trabajos monográficos sobre temas de especial actualidad. Uno de los temas que ha merecido mayor atención en las páginas del *HCR* en los últimos diez años ha sido el de la eutanasia y el suicidio asistido. Por esta razón, cuando se reabre el debate en nuestra sociedad, nos parece oportuno hacer un análisis de cómo esta prestigiosa e influyente publicación ha ido tratando el tema en cuestión.

¹ Una descripción del caso, así como sus implicaciones legales, la encontramos en ANNAS, G. J., «Killing Machines», *Hastings Center Report* 2 (1991) 33-35.

1. LA EUTANASIA EN EL *HASTINGS CENTER REPORT*

A mediados de la década de los ochenta, la sociedad norteamericana se comienza a plantear la posibilidad de despenalizar la eutanasia en algunos estados de la Unión. El primero en tomar la iniciativa fue el estado de California; tras un período de recogida de firmas y sondeos públicos, se sometió a referéndum en noviembre de 1988 una propuesta de legislación sobre la citada práctica. Se trataba de una alternativa para los pacientes terminales recogida bajo el título de «*Humane and Dignified Death Act*»². Sorprendentemente y a pesar de que las encuestas señalaban lo contrario, la iniciativa fue desechada por el pueblo californiano. Según Parachini, la negativa no se debió a una mala organización de sus promotores, como alguno sugería, sino por el miedo de la sociedad a las posibles e inesperadas consecuencias que acarrearía la despenalización de la eutanasia³.

En cualquier caso, esta decisión popular junto con otros acontecimientos que tuvieron lugar este mismo año, actuó como un verdadero resorte para que el debate sobre la eutanasia resurgiera en la sociedad y, por consiguiente, en el *HCR*. Muestra de ello es el suplemento especial publicado en el primer número de 1989, titulado «*Mercy, Murder, & Morality: Perspectives on Euthanasia*»⁴, donde se recogen las bases de lo que será todo el debate sobre la eutanasia en este período.

La palabra eutanasia no está exenta de ambivalencias en su significado⁵. En un primer momento puede ser directamente traducida por «buena muerte» (*good death*) o por «muerte feliz» (*happy death*), lo cual no deja de contrastar con el ideal supremo de la vida recogido en la tradición judeocristiana⁶. Además, la idea de eutanasia iría más allá, pues hace referencia a una muerte que es consciente y específicamente elegida por el sujeto. Por otro lado, y aunque el tema de la elección no es ajeno al judeocristianismo, no cabe duda, en opinión de Koop, que aquí se

² Cf. LAGERLOF, J., «The Right to Die in California», *Hastings Center Report* 6 (1987) 4.

³ Cf. PARACHINI, A., «The California Humane and Dignified Death Initiative», *Hastings Center Report* 1 (1989) 10-12.

⁴ AA.VV., «Mercy, Murder, & Morality: Perspectives on Euthanasia», *Hastings Center Report* 1 (1989).

⁵ GAFO, J., *10 palabras clave en Bioética* (Verbo Divino. Estella 1997) pp. 91-101.

⁶ KOOP, C. E., «The Challenge of Definition», *Hastings Center Report* 1 (1989) 2-3.

ha producido un cambio sustancial, pues de alguna forma, siempre hemos estado abocados a elegir la vida y no la muerte. En este orden de cosas, la eutanasia viene a cambiar dos aspectos fundamentales de la herencia cultural de occidente: que el entramado de valores humanos está centrado en la vida y que cada individuo es personalmente responsable por ser un miembro de la comunidad humana orientado desde el valor de la vida.

Esta dificultad planteada por Koop a la hora de definir la eutanasia en el ámbito concreto de EE.UU. nos puede servir de marco de referencia para lo que en adelante diremos. Ha de quedar claro que nos vamos a referir a lo que se conoce habitualmente por eutanasia activa directa, es decir, «el caso en el que un paciente claramente competente hace una petición, voluntaria y persistente para ser ayudado a morir»⁷.

1.1. RAZONES A FAVOR

La argumentación en favor de la eutanasia se desarrolla a partir de cuatro categorías generales: *a)* la pretensión moral de la autodeterminación y el bienestar; *b)* la irrelevancia moral en la diferencia entre «matar» (*killing*) y «permitir morir» (*allowing to die*); *c)* la supuesta debilidad del argumento que señala las dolorosas consecuencias que traería la despenalización de la eutanasia, y *d)* la compatibilidad de la eutanasia y la práctica médica⁸. Veamos cada una de ellas con algo más de detenimiento⁹.

1.1.1. Autodeterminación y bienestar

Tal vez sea este el argumento de mayor peso en todo el debate sobre la eutanasia. Por autodeterminación se entendería la capacidad de la persona para tomar decisiones importantes sobre su propia vida, de acuerdo con su propio sistema de valores y siendo libre para tomar tales decisiones. La valoración de la autodeterminación se hace sobre la posibilidad que tiene la persona para formarse y actuar según su idea de

⁷ BROCK, D. W., «Voluntary Active Euthanasia», *Hasting Center Report* 2 (1992) 10.

⁸ Cf. CALLAHAN, D., «When Self-Determination Runs Amok», *Hastings Center Report* 3 (1992) 52.

⁹ Cf. BROCK, D. W., o.c., pp. 10-22. Aquí se hace una relación clara y sistemática de todos los argumentos generalmente sostenidos por los defensores de la eutanasia.

bien, siempre en un marco mínimo de justicia, donde exista la posibilidad de que otros actúen de esta misma forma.

La pregunta que surge a partir de aquí es si este derecho a la autodeterminación puede ser prolongado al tiempo y la manera en que una persona muere. Es decir, si en virtud del derecho de autodeterminación una persona puede establecer el momento y la forma concreta de morir. Evidentemente, los partidarios de la eutanasia contestarán afirmativamente. La mayoría de los miembros de la sociedad, argumentan, desean mantener el control y la dignidad sobre este último período de su vida. Siempre es difícil generalizar, pues las circunstancias personales pueden ser muy diferentes, al mismo tiempo que se hace hartamente difícil delimitar el momento exacto en que una vida carece de valor vital. Por eso, si la autodeterminación es un valor fundamental, entonces, la gran variabilidad de opiniones que en estas cuestiones tienen las personas hace especialmente importante que cada individuo controle el modo, las circunstancias y el tiempo de su proceso de muerte.

Junto al valor de la autodeterminación estaría, como antes indicábamos, el del bienestar individual. A primera vista parecería que, cuando la persona pide que le sea practicada la eutanasia, este bienestar entraría en conflicto con el valor anteriormente indicado, ya que comúnmente la vida se considera un valor central para la persona. Sin embargo, cuando un paciente con capacidad para tomar decisiones pide que le sea practicada la eutanasia, está de alguna manera considerando que la calidad de vida lograda en ese estado es lo suficientemente pobre para considerarla peor que la muerte. Es decir, la vida ha dejado de ser un beneficio para el paciente, habiéndose convertido, por el contrario, en una carga insoportable.

En cualquier caso, es evidente que existen situaciones, por ejemplo una depresión, que provocan en el paciente una decisión de tal rotundidad. Por ello es importante determinar la capacidad de decisión del sujeto, de tal forma que sólo una declaración de incompetencia para tomar decisiones pudiera justificar la negativa a respetar la petición de eutanasia realizada por un paciente. De aquí surgiría un nuevo problema, que trataremos más adelante: el de los subrogados. En la praxis actual estos juegan un importante papel en el campo de la retirada de tratamientos de soporte vital; sin embargo, algún defensor de la eutanasia, como Brock, no sería partidario de que jugasen el mismo papel en el caso de la eutanasia.

1.1.2. *Inexistencia de la diferencia moral entre matar y permitir morir*

Los defensores de la eutanasia postulan que la diferencia moral entre matar y permitir morir se ha colocado siempre en la distinción hecha entre la acción y la omisión. Sin embargo este planteamiento, a juicio de estos autores, no sería correcto. La diferencia entre matar y permitir morir dependería en gran medida de quién fuera el autor de esa acción u omisión y bajo qué circunstancias. Es decir, un mismo acto material podría ser considerado de diferente forma si está protagonizado por un médico y con el consentimiento del paciente, que si estuviera protagonizado por otra persona. Por tanto, la verdadera diferencia estaría situada en el rol concreto que juega la persona y no en la materialidad del acto.

En relación con esta cuestión, Hopkins¹⁰ trata de poner de manifiesto la dificultad que tiene usar los términos «natural» y «artificial» en todo lo concerniente a decisiones en torno al final de la vida. Esta dificultad cobra especial relevancia si además se relaciona el concepto de «natural/artificial» con los de «activa/pasiva». Así pues, tras analizar el significado de muerte natural, la supuesta neutralidad del término «natural» y las especiales connotaciones del otro término, «artificial», concluye que se está manipulando la cuestión de la retirada de tratamientos de soporte vital, pues en realidad lo que se califica de «eutanasia pasiva» es, en realidad, «eutanasia activa», pero camuflada bajo el subterfugio de la «naturalidad». Este autor se sitúa en favor de la eutanasia activa y de calificar la retirada de tratamientos como lo que, en su opinión, es: eutanasia activa.

1.1.3. *Consecuencias de la despenalización de la eutanasia*

Tal vez sea este punto uno de los más controvertidos en todo este debate. Los opositores a la eutanasia dan mucha fuerza a esta razón de tipo social y, por ello, los partidarios de la misma tienden a minimizar las consecuencias supuestamente funestas, intentando sacar a la luz aquellas ventajas que acarrearía la despenalización.

Entre las citadas ventajas se sitúa, en primer lugar, aquélla que vendría a posibilitar el respeto a la autodeterminación de los pacientes competentes que quieren conseguirla, pero que no pueden porque es ile-

¹⁰ HOPKINS, P. D., «Why Does Removing Machines Count as “Passive” Euthanasia?», *Hastings Center Report* 3 (1997) 29-37.

gal. En segundo lugar, se sitúa la posibilidad de beneficiar a un gran número de personas en la sociedad que piden la despenalización de esta práctica como una alternativa posible, aunque ellos mismos no la llevarsen nunca a cabo. En este caso la eutanasia estaría considerada como una especie de póliza de seguros contra el encarnizamiento terapéutico. La tercera de las ventajas vendría de manos del argumento llamado «de compasión», gracias al cual la eutanasia significaría la liberación digna de un proceso de enfermedad que conlleva unos sufrimientos insoportables. Este argumento se apoya en la supuesta evidencia de la imposibilidad de controlar totalmente los sufrimientos del paciente a través de una medicina paliativa. Ésta puede llegar a calmar el dolor físico en gran medida, pero en algunas ocasiones es incapaz de eliminar el sufrimiento psíquico. Por último, cabría señalar una cuarta ventaja: una vez que la muerte ha sido aceptada, muchas veces es más humano acabar con la vida rápida y pacíficamente, cuando esto es lo que el paciente quiere.

Junto a la exposición de las ventajas, se encuentra también el intento de minimización de las consecuencias indeseables que se seguirían de la despenalización de la eutanasia. La primera de las potenciales consecuencias indeseables que acarrearía la despenalización de la eutanasia, a juicio de los opositores a la misma, sería el desprestigio de la profesión médica. El centro moral de la medicina ha sido siempre la promoción de la vida y la práctica de la eutanasia sería incompatible con ella. Sin embargo, el centro moral de la medicina no tiene que ser exclusivamente dicha actitud frente a la vida, sino la defensa de dos valores fundamentales: la autodeterminación y el bienestar del paciente. El respeto a estos valores haría posible que un médico administrara la eutanasia, siempre que el paciente así lo pidiera.

En segundo lugar estaría la debilitación del compromiso social de procurar cuidados óptimos para los pacientes moribundos. Si la eutanasia se convirtiera en una alternativa más para los enfermos terminales, en ocasiones se preferiría ésta frente a otros métodos de mayor coste económico, máxime en una sociedad donde cada vez tiene más importancia el tema económico en lo relacionado con la salud. No obstante, los defensores de la eutanasia se mantienen escépticos frente a este argumento, principalmente por dos motivos: 1) porque la práctica ha demostrado que, por ejemplo, el reconocimiento del derecho a rechazar un tratamiento determinado no ha significado una erosión en la calidad del cuidado a enfermos terminales, y 2) sólo tendrá lugar una pequeña

proporción de muertes en enfermos terminales a través de la eutanasia, si ésta llega a ser permitida.

Otra consecuencia negativa sería la amenaza para el progreso obtenido en el reconocimiento de los derechos de los pacientes o subrogados a la hora de rechazar un tratamiento en tanto que, de haber estado permitida la eutanasia, habría sido imposible lograrlo, pues la prohibición expresa de la eutanasia ha actuado como muro de contención en todo el proceso, evitando así los abusos¹¹. Además, mientras que las decisiones sobre la retirada o rechazo de un tratamiento en concreto se llevan a cabo en los hospitales, entre médicos y pacientes o subrogados, el proceso de despenalización de la eutanasia llevaría consigo una involucración de los tribunales en el campo sanitario, que no sería beneficioso para nadie. Aunque los defensores de la eutanasia admiten esta última posibilidad, no reconocen la existencia de indicios que lleven a afirmar lo primero. Es decir, de igual forma que se ha experimentado un progreso significativo en lo que se refiere al rechazo y retirada de tratamientos a través de una bien fundada tradición de consentimiento informado, de igual forma sería posible hacer lo mismo con la eutanasia, asignándole un papel importante a los comités de ética asistencial de los hospitales. Con esto se impediría la involucración no deseada de los tribunales de justicia.

La cuarta de las potenciales consecuencias no deseables es aquella que afirma que, de estar la eutanasia disponible como una opción más, el paciente no tendría la posibilidad de permanecer vivo «por defecto». Es decir, que cuando no consta cuáles son las preferencias del paciente o éste no se ha manifestado claramente, se le presupone la elección de permanecer vivo. Además, la mera existencia de la eutanasia, como una opción racional más, actuaría como presión sobre el enfermo. Esta postura no se opondría totalmente a la eutanasia, sino que abogaría por una restricción de la misma. Sin embargo, habría tres razones que echarían por tierra esta supuesta restricción: 1) la opinión expresada por la mayoría de los americanos para que la eutanasia pueda ser libremente elegida; 2) que, si realmente es tan negativo permitir la opción de la eutanasia, también habría de prohibirse el derecho a rechazar un tratamiento y, sin embargo, la aceptación de este citado derecho no ha tenido consecuencias lamentables en la sociedad, y 3) desde que se ha creado un amplio marco de condiciones desde el cual una persona puede estar en desacuerdo con la posibilidad de seguir viviendo, sería im-

¹¹ Cf. WOLF, S. M., «Holding the Line on Euthanasia», *Hastings Center Report* 1 (1989) 13-15.

posible restringir la permisibilidad de la eutanasia sin estar negando su aplicación a la mayoría de los que la quisieran para sí. Es decir, más que de simple restricción se estaría hablando de mayoritaria negativa.

En quinto lugar estaría la atenuación de la prohibición legal del homicidio, lo cual es considerado fundamental en la sociedad civilizada. Sin embargo, argumenta Brock, los casos tratados en los tribunales sobre rechazo de tratamientos de sostenimiento vital no han sido considerados como excepción a la prohibición del homicidio, sino que han sido tratados bajo el rango de derechos a la privacidad, la libertad, la autodeterminación o la integridad del cuerpo. Estos mismos argumentos servirían para la justificación de la eutanasia y, además, estarían garantizando cierta calidad a dicha prohibición del homicidio.

Por último estaría la consecuencia con mayor peso en el debate sobre la eutanasia, la preocupación por el «slippery slope» (plano inclinado). Esta es la posibilidad de que permitiendo la eutanasia voluntaria se llegara a la aplicación de la misma en casos moralmente inaceptables. Así pues, para impedir la existencia de estos casos no deseados, se impediría también en aquellos que sí podrían tener una justificación moral. Este argumento es muy difícil de evaluar, pues actualmente no se puede negar que la posibilidad existe. Pero los defensores de la eutanasia piensan que tal argumento no es lo suficientemente sólido como para justificar la total prohibición. La reciente historia sobre el derecho a rechazar tratamientos de sostenimiento vital ha demostrado que los abusos, temidos al principio, han sido menores de los esperados. Del mismo modo, la despenalización de la eutanasia podría salir adelante con una buena política de restricciones y procedimientos que garanticen un uso correcto de la misma, tanto en lo que se refiere a casos moralmente inaceptables en general, como aquéllos más concretos de la aplicación de la eutanasia involuntaria a pacientes incompetentes, donde el papel del subrogado tendría que ser ejercido con total rigor.

En cualquier caso, a juicio de algunos autores, aunque haya corrientes morales que se opongan radicalmente a la despenalización de la eutanasia, un estado pluralista no podría nunca imponer un punto de vista reducido. Es decir, los ciudadanos pertenecientes a una sociedad pluralista y laica tendrían que estar dispuestos a aceptar la eutanasia «por defecto»¹².

¹² Cf. ENGELHARDT, H. T., «Fashioning an Ethic for Life and Death in a Post-Modern Society», *Hastings Center Report* 1 (1989) 7-8.

1.1.4. *El papel del médico*

Los partidarios de la despenalización de la eutanasia ven con buenos ojos la participación del médico en dicha práctica. Para estos autores, la implicación del médico otorga una especie de aprobación social, o más exactamente ayuda a contrarrestar lo que de otro modo sería un indudable rechazo de la sociedad¹³. La participación del médico, además, garantizaría que el acto de eutanasia se aplique con total responsabilidad y profesionalidad y, en ningún caso, se opondría a la integridad de la profesión médica¹⁴.

1.2. RAZONES EN CONTRA

A lo largo de las páginas del *HCR* han sido más numerosas las aportaciones de autores que se oponen a la práctica de la eutanasia. En orden a una mayor claridad en la exposición, señalaremos los argumentos en contra de la eutanasia a partir de los cuatro apartados señalados en el epígrafe anterior.

1.2.1. *Autodeterminación*

Los autores que se oponen a la eutanasia, al contrario que ocurría con sus promotores, negarán que la autodeterminación pueda ser justificante de tal acto. Sostienen que una mala comprensión de este término está desvirtuando el sentido preciso del mismo. En esta línea, Daniel Callahan invita a hacer un breve análisis sobre las dos corrientes más importantes que se han venido oponiendo a la eutanasia¹⁵. La primera de ellas es de carácter estrictamente religioso; es decir, la creencia de que la vida es un don de Dios y que el hombre no tiene derecho a quitar la vida, sólo Dios, como autor de la misma, puede hacerlo. Por tanto, no sería justificable la eutanasia como autodeterminación pues, aunque dicha autodeterminación pasa a ser considerada, tiene sus límites. La muerte no es algo que se elige, sino una realidad que ha de ser acepta-

¹³ BROCK, D. W., «Voluntary Active Euthanasia», *Hastings Center Report* 2 (1992) 21.

¹⁴ Encontramos una referencia general en MILLER, F. G., & BRODY, H., «Professional Integrity and Physician-Assisted Death», *Hastings Center Report* 3 (1995) 8-17.

¹⁵ CALLAHAN, D., «Can We Return Death to Disease?», *Hastings Center Report* 1 (1989) 4.

da con virtuosidad, no como algo definitivo sino como paso a una nueva realidad. Esta forma de concebir la realidad de la muerte es lo que dio origen, dentro de la tradición judeocristiana, al llamado *Ars Moriendi*¹⁶.

La otra tradición, más secular, mantiene que la despenalización de la eutanasia traería consigo dolorosas consecuencias para la sociedad. Se considera que, aunque puede haber algunas razones morales aceptables para la eutanasia en ciertos casos, sería un gran error legalizar tal práctica. Ello invitaría al abuso, incluso en los tribunales. Aunque este último argumento tiene muchos detractores, nadie podría negar que las consecuencias de la despenalización serían, al menos, inciertas (volveremos sobre ello). En cualquier caso, los autores que se sitúan dentro de esta corriente de pensamiento, lejos de rechazar el concepto de autodeterminación, proponen una correcta comprensión del término y de su contenido. Para ello se propugna un justificado límite conceptual de la autodeterminación, que vendría expresado a través de tres puntos fundamentales:

- Es un error clasificar la eutanasia activa y el suicidio asistido como actos expresivos de la autonomía individual, tal como ahora es común hacerlo. Más bien habrían de ser considerados una acción comunitaria concertada, aunque la comunidad se reduzca a sólo dos personas. En cualquier caso esto bastaría para que no fuesen designados actos privados.
- Nunca se puede considerar el homicidio (*killling*) como una forma de relación contractual entre dos adultos que consienten a la misma. En ninguno de los supuestos clásicos en los que se admite el homicidio, como son la defensa propia, la pena capital o la guerra justa, se argumenta que esta acción sea para procurar el beneficio de la persona que muere, sino para proteger el bienestar de otros.
- Aun en el supuesto de que fuera posible considerar que alguien tiene derecho a la autodeterminación, incluso para elegir la muerte, no se seguiría de aquí la posibilidad de transferir este derecho a otra persona, de forma que se convirtiera en el derecho de esa persona para matar al demandante. Callahan recuerda que, históricamente, nadie tiene libertad para hacerse esclavo de otra per-

¹⁶ Cf. VAUX, K. L., «The Theologic Ethics of Euthanasia», *Hastings Center Report*, 1 (1989) 21. Ver el magnífico libro de PH. ARIES, *El hombre ante la muerte* (Taurus, Madrid 1999^o).

sona y hace referencia a John Stuart Mill que, en su clásico *On Liberty*, dice: «El principio de la libertad no puede exigir que alguien sea libre para no ser libre. La libertad no puede permitir la alienación de su libertad». Además, señala Callahan, ya que hay un límite en el poder de alienar la propia libertad, pues eso significaría cedérsela a otra persona, tiene que haber un límite absoluto en el poder de la otra persona para hacer esclavos o matar. Así pues, «la eutanasia no es un asunto privado de autodeterminación. Es un acto que requiere dos personas para hacerla posible, y una sociedad cómplice para hacerla aceptable»¹⁷.

Como señalábamos anteriormente, esto no significa que la autonomía no haya de ser respetada, sino que hay que considerarla en su justa medida. La autonomía surgió, en el desarrollo de la Bioética, como valor frente al paternalismo médico, lo cual es positivo, pero no puede convertirse en el único garante de la moralidad. «La solución no es abandonar la autonomía (...) Por el contrario, la autonomía sólo puede ser una parte en la historia de cómo vamos a vivir juntos, cómo vamos a crear familias y comunidades que sean partidarias del crecimiento del amor, apoyando la fidelidad y la compasión»¹⁸.

Sería interesante entrar en la distinción que proponen algunos autores entre el rechazo a un tratamiento y la petición de asistencia para acabar con su vida. Arguyen que si todas las decisiones o elecciones del enfermo son presentadas de una forma homogénea, se puede pensar que el médico siempre está obligado a seguirlas. Pero si se comienza a distinguir entre lo que es un rechazo, por ejemplo a un tratamiento de soporte vital, y lo que es una petición, verbigracia que le sea aplicada una dosis letal, se comprenderá fácilmente que ambas no están situadas a un mismo nivel. «El rechazo a un tratamiento por parte de un paciente debe ser respetado cuando representa la decisión racional de un paciente competente, incluso cuando el médico sepa que puede devenir la muerte (...) Por el contrario, no existe requerimiento moral para respetar la petición de un paciente cuando el médico sea consciente de que

¹⁷ CALLAHAN, D., «When Self-Determination Runs Amok», *Hastings Center Report* 3 (1992) 53.

¹⁸ MURRAY, T. H., «Communities Need More Than Autonomy», *Hastings Center Report* 3 (1994) 33. En esta misma línea, apoyando una correcta comprensión de la autonomía pero con la necesidad de tomar en cuenta otros valores, tenemos a: CHILDRRESS, J. F., & FLETCHER, J. C., «Respect for Autonomy», *Hastings Center Report* 3 (1994) 34-35.

acontecerá la muerte»¹⁹. Una cosa es respetar la voluntad del enfermo y no poner en su cuerpo lo que él rechaza, y otra cosa muy distinta es quitarle (o ayudarle a quitarse) directamente la vida. Como dice Diego Gracia, «el primero es un acto del enfermo, en tanto que el segundo es del médico (...) El primer acto tiene que ver directamente con el principio de No-maleficencia, en tanto que el otro depende sobre todo del de Beneficencia»²⁰.

1.2.2. Diferencia entre «killing» y «allowing to die»

Los autores que se oponen a la práctica de la eutanasia hacen mucho hincapié en la diferencia moral que existe entre matar (*to kill*) y permitir morir (*allowing to die*). No es cierta la tesis, que el utilitarismo ha popularizado en los últimos años, de que desde el punto de vista moral es igual matar que dejar morir. Se suele aceptar comúnmente que toda vida humana llega a un final, bien por un acto cometido por otra persona contra la misma, bien como resultado de la actuación de agentes no personales. Esta distinción viene a marcar una diferencia entre aquellas muertes causadas directamente por la responsabilidad humana, y aquellas otras que no pueden ser atribuidas a dicha responsabilidad. El matar es un acto estrictamente transitivo. En definitiva, se trata de la diferencia entre la causalidad física y la culpabilidad moral de un acto o una omisión²¹.

Esta diferencia puede establecerse en tres perspectivas diversas: metafísica, moral y médica. Metafísicamente hablando, se establece entre el mundo externo y la individualidad. El mundo externo tiene su propio dinamismo e independencia. El error, en el tema que se está exponiendo, sería considerar a la individualidad como dueña de todo. El hecho concreto de que el hombre pueda intervenir en la naturaleza no destruiría esta diferencia ya que, de lo contrario, se le estaría atribuyendo al hombre más poder del que tiene en realidad.

La segunda perspectiva sería de orden moral. Estribaría en la confusión entre la causalidad física y la culpabilidad moral. Generalmente,

¹⁹ GERT, B., BERNAT, J. L., & MOGIELNICKI, R. P., «Distinguishing between Patients' Refusals and Requests», *Hastings Center Report* 4 (1994) 14.

²⁰ GRACIA, D., «Cuestiones de vida o muerte. Dilemas éticos en los confines de la vida», en AA.VV., *Morir con Dignidad: Dilemas Éticos en el Final de la Vida* (Fundación de Ciencias de la Salud, Madrid 1996), pp. 125-126.

²¹ Cf. TORRES QUEIRUGA, A., «La eutanasia, entre la ética y la religión», *Razón y Fe* 1194 (1998) 373-389.

argumenta Callahan²², causalidad y culpabilidad son confundidas bajo tres circunstancias: cuando se dice que un médico que interrumpe un tratamiento está *causando* la muerte, aunque en realidad es la enfermedad la que está causando tal hecho, a no ser que la omisión del médico sea negligente; cuando no somos conscientes de que los juicios sobre culpabilidad y responsabilidad moral son constructos humanos y han de diferenciarse de las causas naturales de la muerte; cuando un médico se cree responsable, moral y físicamente, de la muerte de todo paciente, como si detentara el poder de los dioses. El matar es siempre una lesión del principio de No-maleficencia, en tanto que el dejar morir, si se cumplen ciertas condiciones, no lo es.

Junto a las perspectivas metafísica y moral, existe una tercera de carácter médico. La profesión médica siempre ha procurado el bienestar del enfermo, por lo cual nunca podría acceder ni al encarnizamiento terapéutico²³ ni a la postura contraria, es decir, al acto positivo de interrupción de la vida. En el primer caso se estaría reconociendo que la medicina no es todopoderosa; mientras que en el segundo se estaría respetando la integridad de una profesión que cuenta con siglos de historia. En este sentido, cabe recordar que ya el *Juramento Hipocrático* afirmaba lo siguiente: «No daré a nadie, aunque me lo pida, ningún fármaco letal, ni haré semejante sugerencia»²⁴.

1.2.3. *Las consecuencias de la despenalización de la eutanasia*

La mayoría de las argumentaciones en contra de la despenalización de la eutanasia podrían recogerse en dos categorías. Una de ellas sería la que considera a ésta como un acto intrínsecamente inmoral; la segunda de las categorías, aquélla que mantiene que la despenalización de dicha práctica acarrearía consecuencias indeseables. Ya hemos hablado en los dos puntos anteriores sobre la moralidad o inmoralidad del acto concreto. En este momento acometeríamos la segunda de las categorías mencionadas. Los defensores de esta postura argumentan que el mero hecho de evitar las consecuencias indeseables que acarrearía la despenalización de la eutanasia justificaría la permanencia de la prohibición.

²² CALLAHAN, D., «When Self-Determination Runs Amok», *Hastings Center Report* 3 (1992) 53-54.

²³ CALLAHAN, D., «Pursuing a Peaceful Death», *Hastings Center Report* 4 (1993) 33-38.

²⁴ *Tratados Hipocráticos* (Biblioteca Clásica Gredos, Madrid 1983), pp. 77-78.

Ante esta situación, algunos de los autores tratan de poner de relieve todas las consecuencias de las que, tarde o temprano, tendríamos que lamentarnos una vez que se diera luz verde a la despenalización. Otros, sin embargo, optan por alabar las ventajas y consecuencias positivas de mantener una postura prohibicionista. Las potenciales consecuencias negativas que tendríamos que soportar tras la despenalización de la eutanasia quedaron ya recogidas cuando hablábamos con anterioridad de los defensores de la eutanasia, los cuales las citaban para minimizarlas. No obstante aludiremos de nuevo a algunas de ellas, en orden a justificar las posturas de los diferentes autores que han escrito en el *HCR* en estos últimos años.

Aunque los defensores de la eutanasia dirán, una y otra vez, que esta práctica no erosiona en ningún modo la integridad de la profesión médica, es curioso observar cómo, en el marco concreto de Estados Unidos, las asociaciones médicas se han mantenido siempre contrarias a la despenalización en las diversas campañas que propugnaban la práctica eutanásica en los diferentes estados del país²⁵. Quizá esto justifique que, desde las páginas del *HCR*, sean más numerosos los autores que defienden la postura prohibicionista, basándose generalmente en el prestigio e integridad profesional de la medicina.

Para estos autores, el rol histórico del médico ha sido el de tratar de curar o conseguir el confort de los pacientes y nunca el de matarlos. El especial conocimiento que adquiere el profesional de la medicina, y que obviamente le confiere un poder real, ha de ser utilizado sólo en el sentido indicado, debiendo ser limitado en la otra dirección. Sólo desde aquí sería posible mantener intacto el tradicional principio ético de «primum non nocere», frente a lo que supondría un cambio sustancial en el campo de la medicina y que, cuando menos, conduciría a la profesión hacia situaciones hoy desconocidas, aunque a buen seguro lejanas de la confianza social de que goza en la actualidad²⁶. Nótese que la

²⁵ Cf. LAGERLOF, J., «The Right to Die in California», *Hastings Center Report* 6 (1987) 4; PARACHINI, A., «The California Humane and Dignified Death Initiative», *Hastings Center Report* 1 (1989) 10-12; CAMPBELL, C. S., «To Die in Wa.», *Hastings Center Report* 2 (1991) 3; CARSON, R., «Washington's I-119», *Hastings Center Report* 3 (1992) 7.

²⁶ Cf. FENIGSEN, R., «A Case Against Dutch Euthanasia», *Hastings Center Report* 1 (1989) 29-30. En esta misma idea coincide el Dr. Hans Jonas quien, en una entrevista publicada en el *HCR*, afirma: «El papel de quitar la vida nunca deber ser asignado a un médico, la ley jamás debe permitirlo, ya que esto puede poner en peligro, y tal vez destruir, el rol del médico en nuestra sociedad. El acto positivo de quitar la vida no ha de ser una de las tareas profesionales del médico, no puede ser añadido a las funciones tradicionales de sanador y mitigador del sufrimiento. Un paciente nun-

confianza es un ingrediente fundamental de la relación terapéutica, sin el cual ésta difícilmente podrá constituirse²⁷.

Por otro lado, la tendencia de la medicina moderna a elevar la promoción de la salud al máximo factor de la felicidad y el bienestar humanos, hace que el fenómeno de la enfermedad incurable aparezca como un molesto problema al que se le pretende dar una solución rápida. Preguntarse si la vida, bajo ciertas circunstancias, merece la pena vivirse, es una tentación difícil de pasar por alto. Sin embargo, a juicio de algunos autores, esta valoración no correspondería a la medicina. Puede que sea necesario buscar nuevas respuestas al sufrimiento humano, pero lo que parece claro es que no va por la línea de matar a la persona que sufre.

Sin embargo esto no significa que el tema de la muerte sea ajeno a la práctica médica. Muy al contrario, si la muerte es parte del ciclo humano de la vida, entonces el cuidado del moribundo también concierne a la medicina. Ésta ha de poner todo su conocimiento al servicio de conseguir una muerte digna para el paciente, lejos del sufrimiento innecesario y el encarnizamiento terapéutico; pero como ya apuntábamos con anterioridad, lejos también de una solución fácil que pase por la eliminación del sujeto del sufrimiento: «Necesitaremos una plataforma de empuje para el progreso médico, un retorno a las viejas tradiciones de cuidado, como alternativa al curar, y una buena voluntad para aceptar el ocaso de la vida y la muerte como partes de la condición humana»²⁸.

Esto enlazaría con otra de las potenciales consecuencias no deseadas: el debilitamiento del compromiso social para otorgar cuidados apropiados a los enfermos terminales. Aquí se une también el argumento económico, tan determinante en la sociedad norteamericana. Frente a los elevados costes de los cuidados paliativos, la eutanasia aparece como una buena solución que, bajo capa de procurar el bienestar del paciente, elimina un problema de costos económicos más que evidente²⁹. Un problema que es lo suficientemente grave para no ser considerado de forma unilateral por los médicos, los enfermos, los familiares o las compañías de seguros, y que precisa de un amplio debate

ca puede llegar a sospechar que su médico puede convertirse en su ejecutor»: DÖNHOF, M., & MERKEL, R., «Not Compassion Alone. On Euthanasia and Ethics», *Hastings Center Report* 7 (1995) 46.

²⁷ Cf. LAIN ENTRALGO, P., *Sobre la amistad*, Círculo de Lectores. Barcelona 1994.

²⁸ Cf. CALLAHAN, D., «Can We Return Death to Disease?», *Hastings Center Report* 1 (1989) 4.

²⁹ Cf. VAUX, K. L., «The Theologic Ethics of Euthanasia», *Hastings Center Report* 1 (1989) 22, donde se afirma: «Un médico jamás puede ser cómplice del moderno ritual de eutanasia que, eufemísticamente, llamamos recorte de gastos.»

público que permita la creación de una buena base normativa³⁰. El tema de la distribución de recursos se está convirtiendo ya en una de las principales preocupaciones de la actual Bioética y dará mucho que hablar en los próximos años³¹.

La tercera de las consecuencias no deseadas sería el peligro que la despenalización de la eutanasia constituye para el progreso obtenido en el debate acerca del rechazo de tratamientos, que ha sido posible en gran parte gracias a la prohibición legal de la eutanasia, que ha actuado como un muro de contención frente a las «aguas bravas» de la práctica eutanásica. Esta prohibición ha aportado grandes beneficios para el desarrollo de una ley y una práctica tolerantes en lo que concierne a la terminación de tratamientos de sostenimiento vital. Estos beneficios se han producido, principalmente, debido a cuatro motivos:

- Esta prohibición ha mantenido el proceso jurídico lejos del ámbito estrictamente sanitario, por no estar contempladas estas decisiones dentro de la ley criminal.
- Manteniendo esta prohibición se ha logrado, por parte de las instancias jurídicas, una lectura extensiva del derecho a rechazar tratamientos de soporte vital; si la eutanasia hubiera estado permitida, los jueces hubieran sido más reticentes a reconocer este derecho en pacientes que no están en estado terminal o no son competentes.
- La prohibición de la eutanasia ha propiciado una mayor preocupación por el enfermo terminal y ha obligado a los médicos, poniendo fuera de su alcance una «salida fácil», a prestar una mayor atención a toda la problemática que envuelve al enfermo terminal.
- La prohibición ha creado un espacio de seguridad en torno a las decisiones médico-paciente donde se dirimen los conflictos y emociones que surgen del rechazo de tratamientos de soporte vital³².

La cuarta de las consecuencias no deseadas sería la eliminación de la posibilidad de quedar vivo «por defecto»; es decir, la misma opción de la eutanasia como una salida más, crea, a juicio de algunos autores, una presión considerable sobre el paciente. Quien ha desarrollado este planteamiento de una forma más clara en las páginas del *HCR* es Herbert

³⁰ Cf. DRESSER, R., «The Public Context of Private Medical Decisions», *Hastings Center Report* 3 (1994) 22.

³¹ Cf. GAFO, J. (ed.), *El derecho a la asistencia sanitaria y la distribución de recursos*, UPCO, Madrid 1999.

³² Cf. WOLF, S. M., «Holding the Line on Euthanasia», *Hastings Center Report* 1 (1989) 13.

Hendin, el cual, utilizando casos modelo al estilo de los defensores de la eutanasia, intenta mostrar su argumento a los lectores. Para ello echa mano de un caso mundialmente conocido, el reportaje producido por la «Ikon Television Network» titulado «Death on Request» y que expone el caso de eutanasia de Cees van Wendel en 1993. A través del análisis del documental, Hendin muestra cómo, lejos de actuar por propia iniciativa, el protagonista se ve abocado a la muerte por la presión que sobre él mantiene su esposa. De alguna forma se está sintiendo obligado a tomar tal decisión: «Luchando por la normalización de la eutanasia como una opción médica más, tal y como puede ser la aceptación o el rechazo de un tratamiento, estamos labrando inevitablemente el sustrato para una cultura que no sólo convertirá a la eutanasia en una *cura* para la depresión, sino que la instaurará como un método de coerción para que los pacientes elijan morir cuando son más vulnerables»³³.

Pero quizá el argumento de mayor peso sea el llamado *slippery slope* o lo que podríamos traducir como «plano inclinado» o, más familiarmente, «efecto dominó». Generalmente se aplica al desencadenamiento de la práctica de una eutanasia involuntaria, como consecuencia directa de la despenalización de la eutanasia voluntaria. O lo que es lo mismo, la aplicación de la eutanasia a personas que no lo han pedido expresamente, bien por no estar de acuerdo, bien por ser personas incompetentes para tomar una decisión.

Son varios los autores que han expresado la dificultad de crear medidas de seguridad que realmente sean efectivas a la hora de controlar una correcta práctica de la eutanasia, entre ellos alguno de sus defensores más radicales³⁴, aunque para estos últimos no sea considerado motivo suficiente en orden a su restricción total. En el caso de los autores que ven difícil la creación de dichas medidas de control, el mero hecho de plantear la posibilidad de que se produjeran casos de eutanasia involuntaria es motivo más que suficiente para mantener las cosas como están. Máxime cuando, incluso en Holanda, país pionero en la práctica de la eutanasia, se confirma la virtual imposibilidad de llevar a cabo un adecuado control de la misma por parte de la Administración³⁵.

³³ HENDIN, H., «Selling Death and Dignity», *Hastings Center Report* 3 (1995) 20-21. Cf. DOERFLINGER, R., «Assisted Suicide: Pro-Choice or Anti-Life?», *Hastings Center Report* 1 (1989) 17; FENIGSEN, R., «A Case Against Dutch Euthanasia», *Hastings Center Report* 1 (1989) 24.

³⁴ BROCK, D. W., «Voluntary Active Euthanasia», *Hastings Center Report* 2 (1992) 20.

³⁵ Cf. KEOWN, J., «On Regulating Death», *Hastings Center Report* 2 (1992) 42; HAVE, H. T., «Eutanasia: la experiencia holandesa», en AA.VV., *Morir con Dignidad: Dilemas Éticos en el Final de la Vida* (Fundación de Ciencias de la Salud, Madrid 1996), pp. 39-53.

En la opinión de algunos, esta evolución desde la práctica de la eutanasia voluntaria a una eutanasia involuntaria no responde a un abuso o una mala práctica de la misma, sino al necesario cambio de mentalidad que se produce tanto en la medicina como en la sociedad, que lleva a la común aceptación de estos métodos y que, obviamente, tendrían mayor repercusión en los pacientes considerados más débiles, como son los neonatos o los ancianos e incompetentes, que no pueden decidir por sí mismos³⁶. Cualquier argumento en favor de la despenalización tendría que tener muy en cuenta las consecuencias que ello acarrearía.

1.2.4. *El papel del médico*

Sobre este argumento hemos ya hablado lo suficiente cuando nos referíamos a las consecuencias que la despenalización de la eutanasia acarrearía para la profesión médica. Como ya indicábamos, todos los autores que defienden la postura prohibicionista en las páginas del *HCR*, en su mayoría médicos, son contrarios a la implicación de los profesionales sanitarios en dicha práctica, tanto por respeto a una tradición histórica, como por el rol concreto que el médico juega en la sociedad.

³⁶ Cf. NIEMIRA, D., «Life on the Slippery Slope. A Bedside View of Treating Incompetent Elderly Patients», *Hastings Center Report* 3 (1993) 14-17. Recuérdense, por ejemplo, las palabras de Singer: «El hecho de que un ser sea humano, en el sentido de miembro de la especie *homo sapiens*, no es pertinente para el mal que supone acabar con su vida; la diferencia viene dada más bien por características tales como la racionalidad, la autonomía y la conciencia de uno mismo. Los recién nacidos carecen de estas características. Por tanto, acabar con su vida no puede equipararse con matar a un ser humano normal, o a cualquier otro ser con conciencia propia (...) Quizás los padres, con razón, se arrepientan del nacimiento de un hijo discapacitado. En este caso, el efecto que tendrá la muerte del hijo sobre los padres puede ser una razón a favor, y no en contra, de matarlo (...) Los recién nacidos son seres sensibles que no son ni racionales ni conscientes de sí mismos. Por tanto, si consideramos a los recién nacidos en sí, independientemente de las actitudes de sus padres, dado que la pertenencia a su especie no es pertinente para su categoría moral, los principios que rigen la maldad de matar animales no humanos, sensibles pero no racionales ni conscientes de sí mismos, deben ser aplicables también en este caso (...) De cualquier forma, la cuestión principal está clara: matar a un recién nacido discapacitado no es moralmente equivalente a matar una persona; y muy a menudo no es malo en absoluto»: Peter SINGER, *Ética práctica* (Cambridge University Press, Cambridge 1995), pp. 224-236.

1.3. LA EUTANASIA EN HOLANDA DESDE LA PERSPECTIVA DEL *HCR*

Aunque con anterioridad hemos hecho alguna referencia puntual, preferimos tratar en un epígrafe aparte la consideración que, desde las páginas del *HCR*, se hace del fenómeno de la eutanasia en otros países. Sin duda ninguna será el caso holandés, por ser el primer país donde esta práctica se ha despenalizado, el que acapare mayor atención. El análisis de la praxis actual en ese país, salvando las distancias culturales, es objeto de análisis para los especialistas de todo el mundo. Como no podría ser menos, también en el *HCR* ocupa un puesto relevante.

Las principales particularidades que la eutanasia tiene en Holanda son expuestas por Richard Fenigsen, un cardiólogo del *Willen-Alexander Hospital* de Holanda. En su opinión, las causas que originan la eutanasia parecen ser complejas y hunden sus raíces en la historia y el presente desarrollo de la sociedad holandesa, influenciada por pensadores alemanes como Haeckel, Jost, Binding y Hoche, quienes introdujeron el concepto de *vidas sin valor vital* y abogaron por la exterminación de personas inútiles para evitar su carga a la sociedad³⁷.

Los defensores de la eutanasia en Holanda, a la hora de presentar su programa, no se han olvidado del antecedente de la eutanasia protagonizada por los nazis medio siglo antes, ni del desarrollo del concepto de derechos humanos. Por ello han presentado un programa modificado y de gran refinamiento, donde la eutanasia se defiende en virtud del derecho a morir y a ser liberado de sufrimientos insoportables. El tema del derecho a matar a aquellas personas que no son útiles para la sociedad —mantiene Fenigsen—, aunque ha pasado a un segundo plano, no ha sido ni mucho menos eliminado. La buena elaboración de dicho programa eutanásico le ha llevado a ser rápidamente difundido por los medios de comunicación, lo cual ha llevado a la definitiva aceptación por la sociedad. Una sociedad que, a juicio de Fenigsen, posee una serie de factores claves para el rápido avance de la postura pro-eutanasia:

- En primer lugar y dado que la sociedad holandesa es muy democrática, liberal y permisiva, ha gozado siempre de una muy alta estima del valor de las libertades de pensamiento y expresión y un rechazo casi visceral de los dogmas, en particular los médicos y religiosos.

³⁷ Cf. FENIGSEN, R., «A Case Against Dutch Euthanasia», *Hastings Center Report* 1 (1989) 23.

- En segundo lugar, los pueblos que hablan lenguas del grupo germánico tienen una habilidad, probada históricamente, para construir sólidas estructuras sociales que, para mantenerse, requieren la subordinación de los intereses individuales. Todo lo importante ha de ser consensuado por la sociedad, lo que ha determinado la aceptación de los aspectos de involuntariedad particular que puede conllevar la práctica de la eutanasia.
- Por último, mientras que la culpabilidad del pasado nazi ha creado problemas a más de una asociación pro-eutanasia de Alemania, en Holanda, donde históricamente nunca se dieron tales crímenes, un sistema de salud ejemplar ha mantenido apartada dicha culpabilidad.

En este marco social sitúa este autor su reticencia a aceptar abiertamente la eutanasia. Antes bien, propone rechazarla por las siguientes razones:

- Porque la voluntariedad de la eutanasia es muchas veces falseada y siempre cuestionable, ya que se han hecho todos los esfuerzos posibles para convencer a la ciudadanía de que la eutanasia es lo que la sociedad espera y es mejor para ellos y sus familiares.
- Contrariamente a lo que creen algunos de sus defensores, la eutanasia es inseparable de y está inherentemente abocada hacia formas involuntarias de dicha práctica, como es el caso de las aplicadas a neonatos³⁸ o a enfermos incompetentes (criptotanasia).
- Otra razón es el cambio ominoso que conlleva en la sociedad que, desde la aceptación de la eutanasia, manda mensajes subliminales a los ciudadanos discapacitados, mostrando que son una carga innecesaria para ella.
- Además, la promesa de evitar la agonía previa a la muerte que abandera la práctica eutanásica es falsa, ya que el mismo proceso de la eutanasia crea múltiples sufrimientos psicológicos en la persona, como pueden ser la incomunicación, la exclusión de la comunidad a la que un día perteneció, etc.
- Otra razón es su fundamental discrepancia entre lo incierto de los juicios humanos (y médicos), que son falibles, y la certeza mortal del acto. Porque en muchas ocasiones la petición de eutanasia es,

³⁸ FENIGSEN denomina esta práctica *Taigetian Medicine*, en recuerdo del monte Taigetos, cerca de Esparta, donde eran arrojados los niños que no nacían lo suficientemente sanos y robustos.

en realidad, una petición de auxilio ante una situación difícil de entender y de sobrellevar.

- La eutanasia es totalmente innecesaria dado el gran avance que se ha producido en la medicina paliativa que, lejos de ser definitivo, puede resultar, con el tiempo, más efectivo. Lo que no puede pretender una sociedad es conseguir un respaldo, tanto legal como moral, para matar.
- Igualmente ha de ser rechazada la eutanasia por las imperfecciones en su filosofía que, lejos de ser completa, deja demasiadas cuestiones abiertas, que pueden conducir a la eutanasia de personas que no tienen capacidad de decidir por sí mismas. Además, continúa Fenigsen, aquel que quiera cambiar el actual estado de cosas debe probar que está en lo cierto, aportando argumentos convincentes, exentos de duda, y con pruebas irrefutables.
- Por último, cabría destacar el daño irreparable que causa en la medicina, ya que la eutanasia dispensa al médico de su verdadera obligación; es más, la eutanasia reemplaza a la medicina, destruyendo la tradición, históricamente fundada, del *primum non nocere*.

En otra línea, Henk Rigger, Director ejecutivo del Consejo de Salud de Holanda (*Gezondheidsraad*) opina, en el mismo suplemento especial del *HCR* que Fenigsen, que el caso de Holanda es muchas veces sacado de contexto en lo que a eutanasia se refiere, y «los holandeses, muchas veces, aparecen como miembros de una especie extraterrestre, llegando a ser el objeto de las conjeturas salvajes y las fantasías morbosas de los demás»³⁹. La extensa jurisprudencia sobre eutanasia contribuye, en su opinión, a una aceptable realización de la misma que, por definición, es siempre activa y voluntaria. Igualmente afirma que los defensores de la eutanasia en Holanda no son más numerosos que en otros países. Si la situación en este país es única entre todos, se debe a la voluntad de los médicos para someter sus acciones al escrutinio público.

A partir de estas dos visiones de la realidad, podemos fácilmente constatar que, en lo referente a la eutanasia en Holanda, no hay una uniformidad de criterios. Esto aparece con mayor claridad cuando vemos la repercusión que ambos artículos tuvieron en diversos ámbitos de la sociedad holandesa⁴⁰. Desde distintos sectores se produjo un cruce de

³⁹ RIGTER, H., «Euthanasia in The Netherlands: Distinguishing Facts from Fiction», *Hastings Center Report* 1 (1989) 31.

⁴⁰ En noviembre de ese mismo año (1989) se publican una serie de cartas al director que, según informan los editores, son una pequeña muestra de una gran can-

acusaciones que dejan entrever la imposibilidad de hacer una estimación uniforme del caso holandés. Así queda reflejado en un artículo publicado tres años más tarde por John Keown⁴¹ que, haciéndose eco de la polémica, remite a un libro publicado por Carlos F. Gómez: *Regulating Death: Euthanasia and the Case of the Netherlands*, fruto de un sustancial estudio sobre el caso de la eutanasia en Holanda.

Según se desprende de dicho estudio, la situación de la eutanasia en Holanda es más parecida a la que muestra Fenigsen que a la visión aportada por Rigter y que fue apoyada por un considerable número de expertos holandeses a través de las cartas al director. Aunque, reconoce Keown, el trabajo de Gómez podría haber sido más profundo, «su estudio de la experiencia eutanásica holandesa es el más comprensible y objetivo que jamás haya encontrado; y sus tesis sobre lo inadecuado de los mecanismos de regulación holandeses para proteger a las personas más vulnerables y para prevenir la eutanasia involuntaria, están bien fundados, son mesurados y convincentes»⁴².

En este mismo orden de cosas, conviene hacer referencia a un encuentro organizado por el Instituto de Bioética de Maastricht en diciembre de 1990, contando con la presencia de siete expertos holandeses y siete expertos internacionales. Durante dos días se estudiaron los aspectos sociales y éticos de la eutanasia y el suicidio asistido. Según nos hace ver De Wachter, fue muy importante el capítulo dedicado a definiciones de términos, lo cual facilitó enormemente el trabajo. Se pretendía evidenciar el consenso existente en este país al considerar que, tanto en la eutanasia como en el suicidio asistido, el médico participa activamente, bien asistiendo al acto de quitar la vida al paciente que así lo requiere, bien poniendo personalmente fin a la misma, igualmente a petición del interesado. Por esa razón, muchos de los partidarios de la eutanasia activa en Holanda prefieren llamarla «muerte asistida por un médico» y, siguiendo una recomendación de la Real Sociedad Médica Holandesa, no establecen una distinción entre la eutanasia voluntaria y el suicidio asistido. De igual modo se aclara que, en la situación actual, la eutanasia es considerada técnicamente ilegal, aunque los médicos que participan en la misma, siempre que se sigan

tividad de cartas recibidas. Las cartas publicadas, ocho en concreto, recogían el sentir general del resto. Conscientes de que el debate no quedaría cerrado con esto, los editores advierten que no se publicarán más cartas sobre el asunto. Cf. «Letters», *Hastings Center Report* 6 (1989) 47-52.

⁴¹ Cf. KEOWN, J., «On Regulating Death», *Hastings Center Report* 2 (1992) 39-43.

⁴² *Ibidem*, p. 42.

las condiciones fijadas por la Comisión Estatal para la Eutanasia en 1985⁴³, no son en la práctica sujetos de sanciones penales. Hecha esta salvedad, la definición de eutanasia comúnmente aceptada en Holanda sería: cese activo de la vida de un paciente, bajo su requerimiento, llevado a cabo por un médico.

Capron, encargado de dar la visión norteamericana del encuentro, considera que esta definición de eutanasia merecería una mayor profundización de los términos empleados. En su opinión, aunque los holandeses se mantengan en la creencia de que ellos han tenido más claro que los estadounidenses el tema en cuestión, «tras las especificidades culturales descansan, no sólo muchas similitudes con respecto a otras sociedades representadas en el encuentro, sino también (quizá inevitables) cuestiones éticas comunes que son inherentes a toda política sobre las condiciones y métodos de morir en cualquier sociedad⁴⁴. El uso de la frase «muerte asistida por un médico» que proponen los defensores de la eutanasia en Holanda no deja de ser una evasión, cuando lo que realmente se quiere conseguir es la despenalización de los pasos necesarios para que un médico pueda matar a pacientes, directa, suave e indoloramente. En definitiva, nada se gana con los eufemismos.

Otro de los puntos conflictivos es el del lugar que ocupa la autodeterminación del paciente. En la opinión de Capron, el puesto que este asunto mantiene en la práctica, donde se requiere la opinión de un segundo médico, no es comparable con el segundo motivo de justificación del acto concreto de la eutanasia, la mitigación del sufrimiento. Aunque en teoría es el paciente quien en virtud de su derecho de autodeterminación decide cuándo poner fin a su vida, el deseo de evitarle todo sufrimiento prevalece en muchas ocasiones, lo cual es desproporcionado. De esta forma, «los defensores de la eutanasia comienzan con una definición «estrecha» (limitada a casos voluntarios) como estrategia para ganar una aceptación general de la práctica que, entonces, torna hacia el segundo factor, la eliminación del sufrimiento, como justificante en casos en los que el paciente está imposibilitado para solicitar la eutanasia... El sentido de «curar» y «ayudar» a los pacientes, que muchos de los participantes en el encuentro de Maastricht asociaron con su práctica, se me antoja es la apertura de un camino para la expansión de la eu-

⁴³ Tales condiciones son las tres siguientes: a) petición expresa del paciente; b) sufrimiento insoportable, tanto físico como psíquico, y c) consulta con un colega.

⁴⁴ CAPRON, A. M., «Euthanasia in the Netherlands. American Observations», *Hastings Center Report* 2 (1992) 30.

tanasia hacia personas que jamás han expresado su deseo de que se les aplique, pero de los cuales uno puede decir «objetivamente» que están sufriendo mucho. En estos casos la autonomía no aparece como el criterio a seguir, aunque sí queda patente la extrema importancia del dolor y el sufrimiento, tal y como ocurre con los animales de compañía a los que se les practica la eutanasia»⁴⁵.

Para completar esta visión sobre el caso holandés en el *HCR*, aportamos un artículo firmado por dos profesores de la Universidad de Nimega⁴⁶ que se hacen eco de dos influyentes estudios realizados en Holanda sobre el tema en cuestión⁴⁷. Uno de estos estudios aborda el nivel de sufrimiento experimentado por los enfermos que piden la eutanasia, así como otros aspectos de interés. El segundo, más influyente, conocido como el informe del *Remmelink Committee [RC]*, pretende investigar la actual práctica de la eutanasia en este país. Según se desprende de ambos estudios, la eutanasia en Holanda no es tan usual como piensan tanto sus defensores como sus detractores. Sin embargo, esta conclusión puede ser falsa si se tiene en cuenta que muchos de los médicos encuestados por el *RC* no interpretan o clasifican sus acciones como eutanasia: «El estudio muestra con claridad que otras formas de aceleramiento de la muerte son comunes en la práctica holandesa, si bien escapan del control profesional, judicial y social»⁴⁸. Puede verse esta misma ambigüedad en el informe presentado por Van der Wall y sus colaboradores.

Además, el *RC* aporta otra serie de datos interesantes en lo referente a la eutanasia. A un 30 por 100 de los enfermos se les practicó la eutanasia ante la imposibilidad de paliar el dolor adecuadamente. El otro 70 por 100 restante se debió a las siguientes razones: baja calidad de vida; ausencia de perspectivas de mejora; todas las formas de tratamiento médico han sido fútiles; todos los tratamientos fueron retirados, pero el enfermo no murió; no se debía posponer la muerte. Además, en un ter-

⁴⁵ *Ibidem*, 31-33.

⁴⁶ Cf. TEN HAVE, H. A. M. J., & WELIE J. V. M., «Euthanasia: Normal Medical Practice?», *Hastings Center Report* 2 (1992) 34-38.

⁴⁷ Nos referimos a: AA.VV., «Euthanasie en hulp bij zelfdoding door artsen in de thuissituatie», en *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 135 (1991) 1593-1603; COMMISSIE ONDERZOEK MEDISCHE PRAKTIJK INZAKE EUTHANASIE, *Medische Bestissingen rond het Levens einde*, La Haya 1991. Ambos citados por TEN HAVE, H. A. M. J., & WELIE J. V. M., o.c., p. 38 (notas 3 y 4). El segundo de estos informes será conocido como el del *Remmelink Committee*.

⁴⁸ TEN HAVE, H. A. M. J., & WELIE, J. V. M., o.c., p. 35.

cio de los casos, los amigos o los familiares jugaron un papel decisivo en la toma de decisión.

A pesar de los 1.000 casos de eutanasia involuntaria que se registraron durante el estudio, el RC aconsejó la despenalización de la eutanasia, aunque fijando una serie de «barreras de seguridad», permitiendo la llamada «exclusión médica», por la cual, el acto de un médico que acelera la muerte de un paciente que está soportando un sufrimiento inhumano es considerado un acto de «fuerza mayor». La legislación holandesa no ha apoyado por el momento las conclusiones de este último informe, permaneciendo la situación tal cual estaba, aunque no han dejado de ser consideradas por el gobierno, que sigue manteniendo una actitud aperturista hacia la práctica de la eutanasia, incluso la involuntaria. Los autores de este artículo afirman: «En la década de los setenta el movimiento en favor de la eutanasia en Holanda comenzó como una protesta contra el poder de la medicina contemporánea para alienar a los individuos de su propia muerte. En lugar de equilibrar dicho poder y lograr la autonomía y el control individuales, la aceptación social de la eutanasia parece haber traído como resultado el incremento del poder que el médico poseía sobre la vida y la muerte de los pacientes»⁴⁹. Dos años después de la publicación del informe *Remmelink*, alguno de los componentes del equipo de investigación se resisten a aceptar la postura sostenida por Ten Have y Welie. En su opinión, la práctica holandesa de la eutanasia está regida por el principio de autonomía y el de beneficencia, siendo el deseo del paciente y la existencia del sufrimiento insoportable condiciones necesarias para ser llevada a término⁵⁰.

2. EL SUICIDIO ASISTIDO EN EL *HASTINGS CENTER REPORT*

Como ya ha quedado evidenciado, no todos los autores tienen en cuenta la diferencia que existe entre la eutanasia y el suicidio asistido. Mientras que en la eutanasia es el médico el que pone el acto positivo de quitar la vida del paciente, en el suicidio asistido es el propio enfermo el que realiza tal acción. La eutanasia sigue siendo considerada una práctica ilegal en Estados Unidos, mientras que el suicidio asistido por

⁴⁹ *Ibidem*.

⁵⁰ Cf. VAN DELDEN, J. J. M.; PIJNENBORG, L., & VAN DER MAAS, P. J., «The Remmelink Study. Two Years Later», *Hastings Center Report* 6 (1993) 26.

un médico ha sido reconocido legalmente en el Estado de Oregón⁵¹. Este Estado no fue el primero en intentar legalizar tal iniciativa. En la misma década y con idéntico nombre, *Death with Dignity Act*, existieron sendas propuestas en los Estados de Washington (1991) y California (1992), ambas rechazadas por los votantes, contra todo pronóstico, por un escaso margen⁵². Las encuestas previas a la consulta electoral arrojaban un fuerte apoyo a la asistencia de los médicos para proporcionar una muerte rápida y libre de dolor. Capron señala que «tras el análisis de los votos, los proponentes llegaron a la conclusión de que el electorado quería medidas de seguridad más rígidas y un poder más limitado para los médicos. Al otorgar a los médicos un rol más bajo que en las propuestas de los Estados vecinos (las cuales incluían la eutanasia activa), la ley de Oregón legaliza el suicidio asistido por un médico, pero reserva a los pacientes la realización del acto final»⁵³. Recogemos lo esencial del *Death with Dignity Act* en los puntos siguientes:

1. El paciente debe tener al menos dieciocho años, padecer una enfermedad terminal (tener pronosticado menos de seis meses de vida) y residir en el Estado de Oregón.
2. El paciente ha de realizar una petición oral al médico u osteólogo que lo atiende, para que le sea prescrita una medicación para acabar con su vida. Comienza entonces un período de quince días.
3. El médico que lo atiende ha de asegurarse de que el paciente entienda el diagnóstico y la prognosis. El paciente será informado de todas las posibilidades, incluido el control del dolor, el cuidado en hospicios y el cuidado de confort, así como de los riesgos y los resultados esperados tras tomar la medicación.
4. El médico que lo atiende: *a)* determina cuándo el paciente es capaz para tomar decisiones concernientes a su salud y cuándo está actuando voluntariamente; *b)* aconseja al paciente notificar

⁵¹ «El 8 de noviembre, los votantes de Oregón hicieron de su estado el primero de la nación en legalizar la asistencia directa de un médico para ayudar a morir a los pacientes. Con un margen de 32.000 votos (51 a 49 por ciento), aprobaron la Medida núm. 16, que elimina las penas criminales a aquellos médicos que prescriben drogas para que sus pacientes pongan fin a sus propias vidas». CAPRON, A. M., «Sledding in Oregon», *Hastings Center Report* 1 (1995) 34.

⁵² El resultado de ambos referendums fue de un 54 por 100 en contra, frente a un 46 por 100 a favor. Cf. CARSON, R., «Washington's J-119», *Hastings Center Report* 2 (1992) 7; CAPRON, A. M., «Sledding in Oregon», *Hastings Center Report* 1 (1995) 34.

⁵³ CAPRON, A. M., o.c., p. 34.

- su decisión a los familiares; *c*) informa al paciente sobre la posibilidad que tiene para retirar la petición de la medicación cuando y como quiera, y *d*) remite al paciente a otro médico para que confirme el diagnóstico y la prognosis del primer médico.
5. El médico consultado también decide si el paciente es capaz de tomar decisiones y actuar voluntariamente. Si alguno de los médicos, o ambos, cree que el paciente sufre una enfermedad psiquiátrica o una depresión que debilita su juicio, el paciente ha de ser enviado a consulta.
 6. Una vez que los pasos precedentes han sido cumplimentados, el paciente firma voluntariamente una petición escrita en presencia de dos testigos. Al menos uno de estos dos testigos no puede ser ni un pariente, ni un heredero.
 7. Entonces, el paciente hace una segunda petición oral a su médico, para que le sea suministrada la medicación para poner fin a su vida.
 8. De nuevo, el médico que lo atiende informa al paciente de la posibilidad de retirar la petición para que le sea entregada la medicación, cuando y como quiera.
 9. Nunca antes de los quince días posteriores a la primera petición oral y cuarenta y ocho horas después de la petición escrita, el paciente puede recibir una receta para la medicina que pondrá fin a su vida. De nuevo, el médico que lo asiste verifica que el paciente está tomando una decisión informada.

Woolfrey⁵⁴, en un interesante artículo, pone de manifiesto los cambios que se han dado inevitablemente en los diferentes colectivos profesionales, después de haber sido aprobado el *Death with Dignity Act* en Oregón. El principal colectivo que ha notado estos cambios ha sido el de los médicos. Dentro de la *Oregon Medical Association* (OMA) se ha observado un cambio de dirección en sus posicionamientos. Se han dado cuenta de que es imposible mantenerse en la neutralidad y tras un período de luchas intestinas han optado por publicar un «statement of philosophy» que articula un compromiso para velar por la calidad del cuidado sanitario, la obligación de respeto a la santidad de la relación médico-paciente y una responsabilidad de ser cautelosos y permanecer vigilantes ante los diversos cambios provocados por la ley de suicidio asistido tal y como aparece. Esta postura, en opinión de Joan Woolfrey,

⁵⁴ WOOLFREY, J., «What Happens Now? Oregon and Physician-Assisted Suicide», *Hastings Center Report* 3 (1998) 9-17.

reconcilia a la OMA con la realidad del presente. Por tanto, a partir de ahora, uno de los retos más importantes que se plantean para la clase médica en Oregón es el esfuerzo sobreañadido que requiere la atención a aquellos pacientes que han optado por el suicidio asistido en los términos aceptados por la ley.

Otro de los problemas que surgen es la forma en que los médicos han de tomar postura ante el suicidio asistido. Según la ley, ningún médico puede ser obligado a asistir a un suicidio, por lo que podría establecerse una nueva criteriología que divide a los médicos en favorables y contrarios a dicha práctica, en lugar de atender a su especialidad. Esta situación sólo agravaría la imagen de división interna dentro de la profesión médica, por lo que muchos son partidarios de no expresar sus convicciones públicamente y recurrir a la información personalizada en caso de que sea requerida por el paciente. Lo que no deja lugar a dudas es que se han introducido nuevas variables que suscitan multitud de preguntas en torno a estos temas. Si se siguen las recomendaciones hechas en torno a la confidencialidad se generan una serie de conflictos no resueltos en la ley: papel de los familiares, influencia del médico sobre el paciente, etc.

Otro cambio sustancial lo observamos en los hospicios. Hasta ahora había una filosofía más o menos unificada, pero ya son varios los hospicios que han declarado su intención de adoptar el DDA como posibilidad. Otra serie de conflictos surgen en la relación con los farmacéuticos. ¿Deben ser éstos informados con detalle sobre lo concerniente al proceso de suicidio médicamente asistido? ¿No iría en detrimento de la confidencialidad? Estas preguntas permanecen sin respuesta y necesitarían una reflexión detallada.

En cualquier caso hay una serie de implicaciones que saltan a la vista para cualquiera que se implique en este tipo de debates:

- La *neutralidad* es ya una toma de postura, como ha demostrado el caso de la OMA.
- El pretendido autoritarismo por parte de asociaciones médicas y grupos de presión sólo ha servido para alentar a los ciudadanos a tomar posturas propias y echar por tierra las propuestas que se presentaban como temas cerrados. Ya no es tiempo para la imposición de ideologías.
- La fragmentación es la tónica general dentro de todas las realidades contemporáneas y, por tanto, no iba a ser distinto dentro de la profesión médica.

2.1. RAZONES A FAVOR

A la hora de argumentar la legitimidad del suicidio asistido, valdrían gran parte de las razones apuntadas en el caso de la eutanasia voluntaria. Los mismos argumentos de la autonomía, de la no diferencia entre matar y permitir morir, etc. Pero además se apoya en una nueva razón: dado que el acto positivo de quitar la vida recae en el paciente, es prácticamente imposible que se cometan abusos, como podría ocurrir en el caso de la eutanasia⁵⁵. En la eutanasia es el médico el que asume el control total de la situación, pudiéndose dar el caso en que sea practicada la eutanasia sin el consentimiento expreso del paciente. Sin embargo, en el caso del suicidio asistido, siempre y cuando se tomen una serie de protecciones convenientes, el poder del médico y el del enfermo están más equilibrados. Por este motivo sería preferible buscar la despenalización del suicidio asistido y no la eutanasia activa⁵⁶. Como dice Sedler, «lo que las demandas del paciente exigen y las del médico quieren proveer, es habilitar al paciente para acelerar la muerte inevitable (...) Dicha habilitación del paciente significa que no habrá intervención del médico en el momento de la muerte... Todo está enteramente bajo el control del paciente»⁵⁷. En opinión de Sedler, cuando un enfermo terminal pide que le sea facilitada una medicación para poner fin a su vida no está, en realidad, cometiendo un suicidio, sino que ha optado, en virtud de su derecho a la autodeterminación garantizado por la decimocuarta enmienda de la Constitución estadounidense, por acelerar un proceso que indefectiblemente concluirá con la muerte.

Kaveny⁵⁸ pretende mostrar la relación que existe entre la legislación y la moral, y cómo ésta es influenciada por aquella. Sin embargo esta relación no está exenta de conflictos. Un ejemplo de ello son las sentencias sobre suicidio asistido y la insatisfacción que ha producido el fallo del Supremo en torno a ellas. Según algunos comentaristas el fallo del Supremo está impidiendo la igualdad de todos los miembros de la sociedad

⁵⁵ Cf. KAMISAR, Y., «Are Laws against Assisted Suicide Unconstitutional?», *Hastings Center Report* 3 (1993) 35.

⁵⁶ De esta misma opinión sería BATTIN, M. P., «Assisted Suicide: Can We Learn from Germany?», *Hastings Center Report* 2 (1992) 44-51.

⁵⁷ SEDLER, R. A., «The Constitution and Hastening Inevitable Death», *Hastings Center Report* 5 (1993) 21.

⁵⁸ KAVENY, M.C., «Assisted Suicide, the Supreme Court, and the Constitutive Function of the Law», *Hastings Center Report* 5 (1997) 29-34.

frente a los juicios de calidad de vida. En realidad se trata de la clásica cuestión de bien común y el bien particular. La despenalización del suicidio asistido significaría la posibilidad de muchos pacientes terminales para poner fin a su sufrimiento y ganar así control sobre sus propias vidas aunque, por otro lado, inevitablemente erosiona la protección que la sociedad debe a los vulnerables. La solución a este problema no es fácil, pero esta autora está convencida de que «últimamente, el debate en torno al suicidio asistido y la eutanasia es un debate en torno a lo que se entiende por idea de bien dentro de la comunidad, lo que se entiende por una buena forma de salir de ella y lo que son nuestras obligaciones colectivas hacia aquellos que están en proceso de quitarse la vida».

Según Kleinman⁵⁹ hay una dicotomía entre lo que se está discutiendo sobre el suicidio asistido en ámbitos profesionales, por un lado, y aquello que se está discutiendo a nivel popular. En su opinión se pueden establecer cinco posiciones bien definidas que dan idea de la amplia fragmentación que vive la sociedad actual. Estas serían las siguientes:

1. La de aquellos que están convencidos de saber lo que es correcto, no sólo para ellos, sino para toda la sociedad. Este grupo está bastante ideologizado aunque, a diferencia de lo que ocurrió con el debate sobre el aborto, aquí no se tiende a demonizar al contrario.
2. En una segunda postura estarían aquellos que reconocen que la cuestión es muy turbia y, por tanto, de difícil resolución. Sin embargo no renuncian a defender su postura con toda clase de argumentos disponibles. Lo que llama la atención, según el autor, es que en estas primeras etapas del debate sobre el suicidio asistido hay un gran conocimiento y compasión sobre los problemas que plantea la postura contraria, dándose así un sorprendente ejercicio de sensibilidad moral, ausente en otros debates.
3. Para un tercer grupo el hecho de plantear el suicidio asistido es una mera cuestión de psiquiatría y que, por tanto, dicha cuestión ha de ser zanjada desde semejante disciplina: «aquello que para algunos es la más genuina experiencia moral de sufrimiento, para otros es el momento de tomar un Prozac».
4. Una cuarta postura es la sostenida por la prensa extranjera que niega la capacidad de la cultura norteamericana para captar con profundidad la complejidad de los problemas relacionados con la experiencia humana.

⁵⁹ KLEINMAN, A., «Intimations of Solidarity? The Popular Culture Respond to Assisted Suicides», *Hastings Center Report* 5 (1997) 34-36.

5. Para otro grupo, en el que se sitúa el autor, el debate sobre el suicidio asistido viene a poner de manifiesto en qué medida está cambiando nuestra sociedad y cuál está siendo el ritmo de transformación. Esto hace que en adelante sea difícil marcar las diferencias de igual modo que antaño se hizo con otros debates. De esta forma nos damos cuenta que la solidaridad y el respeto ante la postura del otro van a comenzar a jugar un papel importante, mucho más importante de lo que pudiera parecer en un primer momento. Aquí está la clave para entender cómo va a ir evolucionando este debate y cómo se ha transformado la sociedad.

No podríamos dejar de señalar aquí una obra que tuvo gran repercusión en la sociedad norteamericana. Nos referimos al libro *Final Exit*, publicado por Derek Humphry⁶⁰ en 1991, presentado como un manual de suicidio para el enfermo terminal, y que ocupó durante bastante tiempo el primer lugar en la lista de libros de «no ficción» más vendidos del *New York Times*. Lo que pretende este libro es obviar toda la problemática ética y legal que existe en torno al suicidio asistido e instar a todos aquellos que lo crean conveniente a hacer uso de su libertad para acelerar el proceso de su propia muerte. Para ello, el autor proporciona una completa lista que comprende las diversas maneras de llevar a cabo dicho acto. De igual modo, en la segunda parte del libro invita a los médicos y enfermeras a practicar la eutanasia y el suicidio asistido de una forma discreta y experta.

En este sentido, la profesora Margaret P. Battin propondrá tomar como ejemplo la experiencia tenida en Alemania y no la de Holanda⁶¹. En su opinión, Holanda es más afín a la eutanasia mientras que Alemania prefiere el suicidio asistido, más cercano también a la mentalidad de la sociedad norteamericana⁶². Dadas las características de la medicina alemana, cercanas al paternalismo, difícilmente se admitiría quitar la vida

⁶⁰ Cf. HUMPHRY, D., *Final Exit: The Practicalities of Self-Deliverance and Assisted Suicide for the Dying*, The Hemlock Society 1991. Este libro es ampliamente analizado por WOLF, S. M., «Final Exit. The End of Argument», *Hastings Center Report* 1 (1992) 30-33.

⁶¹ Cf. BATTIN, M. P., «Assisted Suicide: Can We Learn from Germany?», *Hastings Center Report* 2 (1992) 44.

⁶² Curiosamente esto se ha confirmado en el caso de la *Medida 16* de Oregón. La autora del artículo había afirmado ya en 1992: «Dado que Estados Unidos es tan sensible (como deber ser) a los riesgos de abusos y que permitir el suicidio asistido requiere un cambio menos drástico en la ley, pienso que Estados Unidos aceptará el suicidio legal en un futuro relativamente cercano, mientras que es probable que se resista durante mucho tiempo a la legalización de la eutanasia activa».

al paciente aunque existiera la petición expresa de éste. Además es un acto totalmente prohibido por la legislación del país. Por el contrario, el suicidio asistido no es ilegal aunque, paradójicamente, existe la obligación por parte del médico de rescatar a un suicida en su tentativa letal. Esta misma controversia ha sido la que ha llevado a una solución práctica: la exclusión del médico del proceso de asistencia a la muerte del paciente y la relevancia social de las asociaciones eutanásicas, que no hablan de suicidio asistido, sino de *Freitod* (muerte libre o muerte voluntaria), un término neutro que la convierte en un acto personal y alejado de connotaciones médicas y sociales. Esta práctica está lejos de todo posible abuso e impide la participación directa del médico, que sólo sería consultado, según el caso, para obtener el fármaco letal, pero nunca estaría presente en la realización del acto concreto.

2.2. RAZONES EN CONTRA

De igual modo, vale aquí en gran medida lo apuntado en la argumentación contra la práctica de la eutanasia voluntaria, siempre y cuando quede claro que no nos estamos refiriendo a un mismo hecho. Dixon⁶³ insiste en que el suicidio asistido y la eutanasia activa tienen, en el fondo, las mismas objeciones. Las diferencias que se establecen, y que generalmente son voluntariamente exageradas, son meramente circunstanciales. En realidad, dirá Dixon, la similitud moral de ambas prácticas radica en el similar papel que juega en ellas el médico. Aquellos que defienden la diferencia entre ambas prácticas insisten en que el papel del médico es diferente cuando pone una inyección letal a cuando se limita a prescribir una medicación. Sin embargo, al igual que tan culpable es el que roba un banco como el que planea y diseña el robo, aquí el papel del médico va más allá del permanecer pasivo. Por tanto, en opinión del autor la diferencia de causalidad no queda tan clara, pues el papel del médico no es el de mero espectador en ninguno de los dos casos.

Según Safranek⁶⁴, aquellos que defienden el suicidio asistido con argumentos de autonomía, están cometiendo un grave error de planteamiento. En primer lugar, el planteamiento del suicidio asistido como ejercicio de la autonomía está minando la misma base del principio,

⁶³ DIXON, N., «On the Difference between Physician-Assisted Suicide and Active Euthanasia», *Hastings Center Report* 5 (1998) 25-29.

⁶⁴ SAFRANEK, J., «Autonomy and Assisted Suicide. The Execution of Freedom», *Hastings Center Report* 4 (1998) 32-36.

destruyendo aquello que da sentido a toda la proposición. Nuevamente se recuerda a Stuart Mill, cuando dice que un individuo no puede renunciar a su libertad sin violar este mismo principio de libertad.

En segundo lugar, el argumento de autonomía no puede ser utilizado para distinguir una acción prohibida de otra permitida, sino que eso recae en la idea de bien que se esté manejando. Así pues, la autonomía requiere una idea de bien previa, que aporte a este principio la capacidad de distinguir aquello que es correcto de lo que no lo es ya que, de suyo, una acción perfectamente autónoma puede ser perfectamente rechazable por ser dañina. Por tanto, el debate sobre el suicidio asistido no es una disputa entre los defensores de la autonomía y aquellos que defienden la santidad de vida, sino que más bien es un conflicto entre las diferentes teorías de la idea de bien. Esto hace que la solución a la cuestión del suicidio asistido necesite nuevos planteamientos que revisen las diversas posturas que fundamentan la licitud de esta práctica en el principio de autonomía.

En cualquier caso, los detractores del suicidio asistido no están dispuestos a admitir que esta práctica esté libre de abusos y consecuencias indeseables. De hecho, al igual que ocurría con la eutanasia, la sola existencia de una opción para elegir el suicidio asistido está presionando a los ancianos y enfermos terminales para que la elijan, máxime cuando los presupuestos de salud tienden a ser recortados y tales pacientes son conscientes de ser una carga para su familia y la sociedad en general. Esta situación lleva a lo que podemos llamar la manipulación del suicidio⁶⁵. Por otro lado, parece difícil que, una vez que haya sido reconocido el derecho a acelerar el proceso de muerte asistido por un médico, no puedan acceder a este derecho los enfermos no terminales o cuyo proceso terminal vaya presumiblemente más allá de los plazos reconocidos por la ley (seis meses en el caso de Oregón).

Por otra parte, parece necesario recordar que el papel de los psiquiatras en el proceso del suicidio asistido es importante⁶⁶. Pueden aportar muchos aspectos positivos, sobre todo en casos de depresión u

⁶⁵ Cf. DOERFLINGER, R., «Assisted Suicide: Pro-Choice or Anti-Life?», *Hastings Center Report* 1 (1989) 16-19; KAMISAR, Y., «Are Laws against Assisted Suicide Unconstitutional?», *Hastings Center Report* 3 (1993) 38-39. Además remitimos de nuevo al artículo del Dr. Hendin donde, junto al caso de eutanasia ya referido más arriba, describe otro, esta vez de suicidio asistido, donde claramente puede observarse la presión a la que es sometida Louise, la protagonista de la historia. Cf. HENDIN, H., «Selling Death and Dignity», *Hastings Center Report* 3 (1995) 19-23.

⁶⁶ SULLIVAN, M. D., GANZINI, L. & YOUNGNER, S.J., «Should Psychiatrists Serve as Gatekeepers for Physician-Assisted Suicide?», *Hastings Center Report* 4 (1998) 24-31.

otros trastornos psíquicos. Sin embargo, dado el mecanismo establecido para valorar la competencia de los pacientes, recurrir a ellos significa dejarse influenciar por su propio sistema de valores. Esto hace que no se estén tratando argumentos objetivos, sino que haya una carga importante de subjetividad. Por tanto, a la hora de buscar barreras de seguridad para garantizar la perfecta consecución de la ley de suicidio asistido, no podemos pensar que la solución pase por implicar obligatoriamente a un psiquiatra en el informe médico requerido. El psiquiatra no debe dejar de ser un elemento importante a tener en cuenta y un recurso necesario en ciertos momentos, pero no se le debe dar la etiqueta de «salvaguarda» para el suicidio médicamente asistido.

El estatuto aprobado en Oregón no excluye a ningún médico, lo cual puede dar lugar a una nueva figura: un médico especializado en suicidio asistido, que pueda ir ejerciendo su «profesión» en uno u otro lugar, como puede ser el caso del Dr. Kevorkian⁶⁷. Más aún cuando el examen psicológico sólo es exigible si alguno de los médicos implicados (el que trata al paciente o aquel colega consultado por él) lo estime necesario. Así pues, ninguna protección es totalmente segura. En esta línea, Capron piensa que «habiéndose precipitado por el plano inclinado, los ciudadanos de Oregón pronto descubrirán cuán resbaladizo puede llegar a ser, en el momento en que sus leyes se extiendan para abarcar toda una serie de acciones relacionadas con la muerte, que podrán ser autorizadas por la iniciativa legal previamente rechazada en los Estados de California y Washington»⁶⁸.

Este mismo autor⁶⁹ sugiere que estos casos nos ayudan a ver la dificultad a la hora de controlar las consecuencias del *Dead with Dignity Act* de Oregón. En concreto se refiere a dos sentencias que han sido rechazadas por el Supremo, y que pretendían declarar como constitucional el derecho al suicidio médicamente asistido. En el primero de los casos (*Washington vs. Glucksberg*) se defendía el derecho al suicidio asistido a partir del *Due Process Clause* de la decimocuarta enmienda a la Constitución, el derecho a la privacidad, desde el cual se fundamentó en Estados Unidos el derecho de toda mujer a abortar. El Supremo ha dicho

⁶⁷ Es interesante ver la opinión de Miles, que está convencido de que la implicación del médico en el suicidio asistido responde más bien a una medida política, ya que esta circunstancia está garantizando, de alguna forma, la pulcritud del acto a realizar. En su opinión, la participación del médico en el suicidio asistido no debería ser planteada como condición *sine qua non*. Cf. MILES, S. H., «Physician-Assisted Suicide and the Profession's Gyrocompass», *Hastings Center Report* 3 (1995) 17-19.

⁶⁸ CAPRON, A. M., «Sledging in Oregon», *Hastings Center Report* 1 (1995) 35

⁶⁹ CAPRON, A. M., «Death and the Court», *Hastings Center Report* 5 (1997) 25-29.

que no hay motivos para extender hasta este extremo el derecho a la privacidad, ya que en realidad no se trata de un juicio sobre la autonomía de las personas, sino sobre la calidad de vida, por lo que habrá que tratar cada caso en particular. El segundo de los casos (*Vacco vs. Quill*) argumentaba que el suicidio médicamente asistido era perfectamente equiparable al rechazo de tratamientos de soporte vital, algo que tampoco ha admitido el Supremo. Aquí el Supremo ha utilizado el argumento de la distinción entre matar y dejar morir.

Coope⁷⁰ sostiene que la expresión «morir con dignidad» está vacía de contenido y, por tanto, ha de ser desterrada del discurso habitual. Más aún cuando de todos es sabido que el uso de esta expresión es habitual en los grupos que defienden la eutanasia y el suicidio asistido. En este sentido hace referencia a un artículo publicado el pasado 1997 en la *New York Review of Books* titulado «Assisted Suicide: The Philosophers' Brief», firmado por R. Dworkin, T. Nagel, R. Nozick, J. Rawls, T. Scanlon y J. J. Thomson, donde decían: «La mayoría de nosotros vemos la muerte —independientemente de lo que pensemos que le sigue— como el acto final del drama de la vida, y queremos que ese último acto refleje nuestras propias convicciones, aquellas que hemos tratado de vivir, no aquellas que otros nos imponen en un momento de máxima vulnerabilidad». Coope sostiene que estar en contra del suicidio asistido no significa exactamente imponer los propios criterios a los demás.

3. CONCLUSIÓN

Se asegura que desde una ética civil no se puede negar el derecho a disponer de la propia vida y aun a pedir a los demás que nos ayuden a tal efecto en caso de incapacidad. Este derecho sería consecuencia de la autonomía del ser humano, de su dignidad personal y del derecho a que no se le someta a tratos inhumanos y degradantes. En nuestras sociedades liberales, el valor supremo sería la autonomía personal, es decir, el derecho de cada individuo a elegir su propio estilo de vida; y además existe la convicción de que la Ley no se preocupa de asuntos de moral personal y de que el Estado debe tratar todas las posturas éticas por igual, siempre que no perjudiquen la autonomía personal de los otros. Sin embargo, consideramos que hay argumentos suficientes para seguir afirmando la inmoralidad de la eutanasia y, por consiguiente, no acep-

⁷⁰ COOPE, C. M., «Death with Dignity», *Hastings Center Report* 5 (1997) 37-38.

tar su despenalización, tal y como han señalado numerosos autores en las páginas del *HCR*.

No estamos sólo ante una cuestión individual, sino ante un hecho que tiene claras repercusiones sociales. ¿Qué mundo queremos construir? Nos asustan terriblemente los *mesías redentores* que banalizan la vida y la muerte. Sobre todo en una sociedad en la que cada vez más faltan lazos de reciprocidad basados en el cariño, el respeto mutuo y la entrega gratuita. Falta compromiso con las personas. Ojalá tengamos viva esa memoria histórica que nos habla del riesgo real de pasar con una facilidad pasmosa de un «pequeño matar» a un «matar más». La libertad individual debe ceder en muchos casos ante el bien común, y éste es claramente uno de ellos. El reto está en la línea de humanizar la asistencia sanitaria y el proceso de muerte de los enfermos terminales. La respuesta es una praxis entendida como servicio a la vida que culmina en el morir, desde el testimonio y la solidaridad, aliviando el dolor en todas sus formas, sin privar al moribundo del morir en cuanto acción personal. Finitud y mortalidad son dos conceptos indispensables para entender la condición humana, y uno de los graves problemas de nuestra cultura *postmoderna* es que ha cerrado descaradamente los ojos ante estas dos realidades. No se puede asumir la vida si no se asume la muerte y el sufrimiento. Una y otra son características que nos vienen dadas. Hay, por tanto, presupuestos de la propia autonomía del ser humano, no todo es autónomo en él, la autonomía tiene claros límites.

Como afirma Juan Pablo II, «la eutanasia, aunque no esté motivada por el rechazo egoísta de hacerse cargo de la existencia del que sufre, debe considerarse como una falsa piedad, más aún, como una preocupante perversión de la misma. En efecto, la verdadera compasión hace solidarios con el dolor de los demás y no elimina a la persona cuyo sufrimiento no se puede soportar (...) Por tanto, lo que todos debemos asegurar a nuestro prójimo es un servicio de amor, para que siempre se defienda y promueva su vida, especialmente cuando es más débil o está amenazada. Es una exigencia no sólo personal sino también social, que todos debemos cultivar, poniendo el respeto incondicional de la vida humana como fundamento de una sociedad renovada. Se nos pide amar y respetar la vida de cada hombre y de cada mujer y trabajar con constancia y valor, para que se instaure finalmente en nuestro tiempo, marcado por tantos signos de muerte, una cultura nueva de la vida, fruto de la cultura de la verdad y del amor»⁷¹.

⁷¹ JUAN PABLO II, *Evangelium vitae*, nn. 66 y 77.

Toda vida humana es valiosa en sí misma y merece respeto, con independencia de sus características físicas, psíquicas y sociales. Todos tenemos claro que el «no matar» no puede quedar a la virtud o generosidad de las personas, sino que debe ser de obligado cumplimiento para todos y exigible incluso coactivamente. Por esta razón, el principio de No-maleficencia es público y su guardián es el Estado, porque por su propia naturaleza no puede quedar a la gestión privada. Y ninguna de estas condiciones se cumple por el hecho de que una persona piense, individual y privadamente, que algo es o no maleficente. El criterio fundamental es el de la transitividad de los actos, o lo que es lo mismo, la sociabilidad natural del ser humano. El personal sanitario puede curar a veces, mejorar a menudo la calidad de vida de sus pacientes, pero siempre puede cuidar y no hacer daño. Lo que no debe hacer nunca es acabar con la vida de sus enfermos, aunque sea la alternativa más rápida y cómoda. Sólo respetando la vida de nuestros semejantes estaremos seguros todos los seres humanos. Sólo así creceremos en madurez. Sólo así seremos felices y haremos felices a los demás, pues la única felicidad que se tiene proviene de la felicidad que hemos procurado. Una de las grandes tareas morales de la Humanidad es ir dotando de contenido a este principio, ampliando cada vez más su radio de acción.

El tema de la eutanasia y el suicidio asistido demuestra toda la complejidad de la vida moral que, teniendo ciertamente un origen individual y privado, acaba siempre cobrando una dimensión pública. Dime qué sociedad tienes y te diré las leyes que acabará elaborando. Además, las leyes son sólo el mínimo común denominador moral que una sociedad establece mediante consenso, el mínimo del mínimo. Los pueblos se salvan o se hunden por algo anterior a las leyes y que constituye el fundamento de éstas; las costumbres, los hábitos morales, los ideales de vida, las tradiciones. Este es el punto fundamental. Sólo una ética basada en el respecto a las tradiciones podrá dar razón suficiente del hecho moral. Por eso se hace tan necesario y urgente crear una nueva cultura de la vida. El médico debe hacer eso, y por ello ha de promover el respeto a la voluntad y las decisiones de los pacientes, frente al paternalismo de épocas pasadas. Pero lo que no debe hacer nunca es intervenir activamente en procesos que tengan por objeto poner fin a la vida de sus pacientes. En este sentido, cabe decir que el mejor antídoto de la eutanasia y el suicidio asistido, siempre peligrosos e indignos de la condición humana, es la ortotanasia, la muerte a su tiempo, sin acortamientos tajantes ni prolongaciones irracionales del proceso de morir. La naturaleza debe recuperar su puesto; hoy como siempre, es la que acabará haciendo lo demás. La naturaleza, no los profesionales de la salud.