

# Eutanasia, legal y moral

ALVAR

ÁLVAREZ REVILLA \*

**N**O es sólo la eutanasia la que incita al debate y a la polémica, sino que es la misma muerte uno de esos focos de atención. La problemática está meridianamente clara: si algo hay constante en toda la historia de la humanidad es su afán de vivir, de permanecer. Todos los seres vivos mueren, pero el hombre es el único que llega a ser consciente de su muerte, que llega a reflexionar. Nuestra existencia será siempre un pequeño intervalo entre el ayer y el mañana, o quizá entre el antes y el después; sin embargo, no se puede obviar esa semilla de deseo de divinidad, en tanto que sinónimo de eternidad, que en sí lleva el nombre y que se subleva contra la muerte.

Hay mitos en los que esa búsqueda de inmortalidad se vuelve casi angustiada, como patentiza el relato del héroe semidivino mesopotámico Gilgames. Pero, hoy día hemos pasado de la inmortalidad mitológica al tabú de la muerte. La sociedad ha alterado substancialmente su relación con la muerte. Se la pretende ocultar por todos los medios. La muerte nos es presentada simplemente como un «antivalor», la negación absoluta de los valores en los que cree y por los que lucha nuestra sociedad. Hay que oponerse, pues, a la tendencia de la sociedad occidental a desnaturalizar la muerte y hacer de ella un tabú. La psicología presenta lugares comunes con la sociología (miedo a hablar de ella, rechazo del duelo, de las lágrimas, del dolor, etc.). Añadamos, todavía, que no son pocos los autores que apuntan un notorio contraste entre el querer hacer de la muerte un tabú, por un lado, y querer adelantarla, por otro.

La muerte ha dejado de ser sucesivamente «una llamada de Dios», «un acontecimiento natural», «una fuerza de la naturaleza», para concluir hoy en «un suceso final». La detección o definición de la muerte como problemática, por un lado, y como obstáculo nacido de la multitud de avances y logros de la técnica biomédica, por otro, la entrelazan con la eutanasia.

Los signos tradicionales que determinan la muerte parece que han sido superados, pero es bueno recordar que en la inmensa mayoría de los casos estos indicadores continúan marcando el momento en que se apaga la vida. Una consecuencia importante de estos avances biomédicos es una dilatación constante de la transición que divide la vida y la muerte. Ésta ha pasado de ser un momento definitivo y definible a ser un fenómeno que desafía una definición simple. También cabe preguntarse hasta qué punto la existencia de los tres signos tradicionales es garante de una vida humana. La «Definición de Harvard para la muerte» se estableció para completar y nunca

\* Barcelona, 1967. Estudiante de Filosofía.

para reemplazar los signos tradicionales. Sin embargo, no todos están de acuerdo en que sea suficiente este criterio, pues en algunos casos se demostró la recuperación espontánea de pacientes que podrían haber pasado la prueba de Harvard. El informe de Harvard presenta una definición de muerte llamada cerebral: entonces, ¿debemos plantearnos la contraposición entre muerte cerebral y muerte del corazón? La definición de muerte que se acepte o se rechace es importantísima. Si se define la muerte en función de ausencia o presencia de actividad bioeléctrica cerebral clínicamente detectable, esto es, en función de la producción de un EEG plano o isoelectrico, un paciente que responda a tal tipo de electroencefalograma estará muerto, y ya no cabría el problema moral de si se desconectan o no los llamados «medios excepcionales o extraordinarios para el mantenimiento de la vida». Pero, por otro lado, si se mantiene la definición tradicional de muerte, un paciente comatoso irreversible será considerado como un ser viviente, en tanto en cuanto su corazón seguirá latiendo, y aquí sí que cabe el planteamiento ético de aplicación o no de los medios excepcionales ya citados. Para apreciar hasta qué punto es vital una aclaración de cuándo hay muerte, se ha llegado a diferenciar entre «muerte cerebral» y «muerte del cerebro». ¿Dónde está ese «point of no return» que nos lleve a determinar sin error la existencia de la muerte? No podemos esperar a contemplar la corrupción del cuerpo para afirmar que ya no hay vida.

La medicina frente a algunas situaciones revela su condición de producto humano. Hoy día se ve a la medicina en general y al médico en particular como capaces de someter bajo el yugo de la técnica a toda enfermedad. Qué podemos decir ante espectáculos descomunales como la detención del envejecimiento, la medicina preventiva, las prácticas de la hipotermia... No nos podemos dejar engañar ingenuamente por los avances de la biomedicina. ¿No podría producirse una responsabilidad ética (esperemos que no jurídica) que nos condujera a la obligación de concluir con la vida individual en beneficio de la de la especie? Efectivamente, el mismo progreso que puede prolongar la esperanza de vida de niños y de ancianos, también puede aumentar la desesperanza de un largo y doloroso proceso resolutivo. De hecho, existe un giro lingüístico para definir estas situaciones: «encarnizamiento terapéutico» (quizá fuera menos crudo denominarlo «el encanto de la máquina»).

Otro problema que nos plantea el progreso médico es el de los trasplantes y experimentación utilizando pacientes que todavía no han muerto. Nuevamente nos aborda la necesidad de una definición de muerte; desde luego, ésta ya no es vista como un momento, sino que es un proceso cuyo principio y fin se desconocen, y con una característica esencialmente importante: es un proceso maleable, ma-nipulable. El Dr. Henry Beecher cree que es necesario redefinir qué es la muerte de manera que ciertos tejidos puedan salvarse, esto es, subordinar la definición de muerte a las necesidades de los pacientes que presentan la imperiosa necesidad de un trasplante: ¿No surgiría un conflicto entre el donante y el receptor?, ¿deben las tecnologías médicas ayudar, cuidar al enfermo o curarlo?

La realidad la tenemos servida, ahora si queremos o debemos mantener una responsabilidad diferente a la actual respecto al esta-

do de los pacientes, entonces se hace necesario un cambio en las estructuras para afrontar esas variantes. La situación de la tercera edad, la de los minusválidos no es la más adecuada ni dentro ni fuera de la profesión médica. Podríamos extendernos hablando de estos problemas, sobre todo desde un punto de vista que quiere ver en la discusión sobre la eutanasia una «cortina de humo» para eludir el verdadero problema: incapacidad de nuestra sociedad supertecnificada para llenar de sentido la vida de aquéllos que ya no presentan ninguna contrapartida económica considerable.

La tecnología no sólo influye en la mortalidad, sino también en la forma de morir: la muerte se produce hoy día en los hospitales, reemplazando así a la muerte en el propio hogar. El fenómeno «tapadera» se acrecentó sobre todo entre los años 1930-1950, y hoy día el 80 % de la población de los EE.UU. muere en los hospitales, y sus cadáveres son conducidos, rodeados de impresionantes adelantos técnicos, hasta la *morgue* antes de que puedan molestar a nadie. Este hecho ha sido, es y será utilizado para poner en evidencia la gran diferencia entre los progresos de la técnica médica y una «buena muerte». La masificación, el culto a la enormidad son los peores enemigos de los pacientes.

Una reglamentación más acertada permitiría un cambio de concepción respecto a la eutanasia. Está muy claro que no es lo mismo actuar contra la ley que amparado por ella. Quizá, el transfondo sea éste, y debemos tener presente que el peso de la ética sobre este hombre que está en las puertas de la vigésimoprimer centuria es prácticamente inapreciable. La moral ya parece que no es esa espada que pendía, de una crin de caballo, sobre el trono de Dionisio de Siracusa. No apuntamos nada nuevo señalando que la ley y la ética no son la misma cosa. El tema da mucho de sí, y la eutanasia no hace sino exagerar ese distinto cauce por el que ambas circulan. ¿De qué le sirve al hombre contemporáneo actuar éticamente para sí, si, a cambio o a causa de ese actuar, puede ser castigado por la ley?

Es relevante apreciar que la estructura legal no reconoce la influencia o el peso de los motivos en el que practica la eutanasia, y mucho menos los que pueden alegar los pacientes terminales para ser objetos de ella. Esa no consideración del motivo implica que la eutanasia sea introducida en el mismo paquete donde introducimos los homicidios en primer y segundo grado, y el casual, de manera que a hechos distintos aplicamos las mismas penas. Esta identidad de tratamiento legal no puede permitirse. La ley ha de hacer un esfuerzo por normalizar las cuestiones eutanásicas, y para ello ha de empezar arrancando a la propia eutanasia de ese pozo negro de homicidios múltiples, donde la ha arrojado. ¿Es justo que el agente eutanásico reciba la pena atenuada, pero que ésta sea la misma que recibe un asesino común? Aquí no se trata de si ha de recibir o no la pena, sino si ésta ha de ser la misma que recibe otro agente de otro delito homicida. No nos oponemos a una política por parte de la ley de atenuantes y/o eximentes, pero lo que creemos que es un desfase es que todavía se estén aplicando a un «delito» que ni siquiera está recogido en el Código Penal explícitamente. Considerar los motivos del agente eutanásico es importante para diferenciar la eutanasia de cualquiera de los otros homicidios, pero quizá no lo

sean tanto para dictaminar la sentencia contra quien la practique. Puede ser que una apología de los motivos única y exclusivamente no sea lo más acertado para cambiar la reglamentación eutanásica en los códigos penales.

Cualquier apunte sobre el anacronismo de la ley es extremadamente delicado. Si entendemos la ley como una regla o norma constante e invariable, hablar de dinamismo e incluso de dialéctica parece fuera de lugar. El progreso de las ciencias y el desarrollo de la técnica están creando un mundo nuevo en el que se están transformando nuestras condiciones de vida y las relaciones con los demás. Cabría hablar de una subordinación del «homo sapiens» al «homo faber». Sería provechoso hacer recapacitar a los juristas sobre este hecho. Hacerse eco de la realidad y no parapetarse en el pasado, en la estructura monolítica de las costumbres, sin causa justificada, y promover una reflexión hermética en cuanto ajenos al mundo exterior y real. No cabe una puesta al día basada en una aplicación de eximentes y/o atenuantes, sin haber reglamentado primero la realidad, que no es sino una manera legal de solapar decisiones personales.

Si el hombre es esencialmente dialéctico, dinámico, no debe ocurrir que le impongan barreras legales obsoletas, y tampoco se debe permitir que siempre se vea una reglamentación en desventaja y desfasada respecto a los avances técnicos y con la realidad. ¿Qué puede esperar el hombre de una ley que no se hace respetar? La ley presenta un aspecto quebrantable, dejando al desnudo a la sociedad misma. Detractores y apologistas no pueden querer este estado legal: los primeros, porque deberían ver a la ley como insobornable; los segundos, porque están actuando fuera de ella. En un tema como éste, donde potencialmente el número de muertes eutanásicas es de cientos de millones de personas, no se puede mantener ni defender una posición falsamente legal y luego llevar a la práctica una legalidad adulterada. Resulta difícil no pensar que la ley se solapa bajo su propia legalidad y se ilude, con «i», de sus beneficiarios manteniéndose ajena a la realidad. Determinar no sólo una buena definición legal de muerte, buena en tanto en cuanto no sea inmóvil sino que se ajuste a los nuevos progresos en las ciencias y se aplique sin excepciones que debiliten su propia esencia, sino para reglamentar todos aquellos casos conflictivos entre ciencia y legalidad. Los médicos argumentan que tienen que ser los legisladores los primeros en establecer la licitud de la eutanasia, pero parece que los jurisconsultos quieren retardar esta licitud arguyendo su no conocimiento respecto a cuándo una persona está o no está muerta. Sin un diálogo, la solución no aparecerá por generación espontánea.

La ley y las cosas deberían estar en una mutua relación de presencia constitutiva. Su ser debería constituirse en el ámbito de la coexistencia entre todo lo que no es la ley y esta misma: la enajenación de la realidad es un falso sendero. Se está produciendo, como consecuencia, un movimiento social tendente a estar o ir más allá o regular lo que la ley no sabe cómo tratar; la «autoliberación» nacida de la «Fundación pro Eutanasia de La Haya» es un claro ejemplo. La realidad legal no está acertada, pero es la única que poseemos y no la podemos cambiar individualmente. De aquí, que nos preguntemos cuáles son las alternativas que podemos tomar ante la legislación:

- abstenerse de asistir al paciente terminal;
- asistir al paciente y esperar a ver qué ocurre;
- asistir al paciente de manera clandestina.

En 1938, apareció en EE.UU. la «Euthanasia Society of America», que entendió desde el principio la necesidad de una información pública para un progreso en la legalidad. El resultado fue que en 1967 redactó el «Living Will»; con tal documento el paciente expresa su voluntad de rechazar la prolongación artificial de su vida. En España, la Asociación «DMD» redactó un «Testamento Vital», en el que debía constar, además de la firma del titular, otras dos firmas de dos testigos sin vinculación de parentesco o de derecho sucesorio.

Cuando se habla de vida y de su carácter sagrado o santidad, se pone de manifiesto que una cosa es la vida y otra muy distinta la vida humana. Es patente la falta de conocimiento por parte del hombre sobre cuándo comienza y cuándo concluye la vida. La definición de vida humana queda diluida en otras terminologías como «ser humano», «persona», etc. ¿Qué criterios debemos seguir para considerar lo que es vida humana?, ¿no existe ésta hasta después del desarrollo de la corteza cervical? Lo cierto es que el problema ético básico ante la vida de la persona es saber qué ha de primar, si una ética de santidad de la vida o una ética de «calidad de la vida».

La santidad de la vida no constituye sólo un punto de vista, sino que se escinde en dos categorías:

- la vida es buena en sí misma, aunque sea vida sólo biológica, y
- la vida humana es valiosa, pero la mera vida física humana tiene un valor relativo.

El lector se preguntará, y con razón, dónde está el límite, y más aún: ¿nos pertenece nuestra vida o pertenece a Dios, a la Humanidad, a un Absoluto? ¿Es prerrogativa divina determinar el fin de una vida, o es una tarea del hombre? Si es voluntad de Dios nuestra muerte, ésta ¿puede descubrirse mediante apreciaciones racionales del hombre, o sólo puede manifestarse a través de una enfermedad? Esto es, ¿viola la voluntad de Dios la acción médica del hombre? Si la ciencia médica no puede distinguir entre buena y mala muerte, quizá es porque su función es exclusivamente promover la vida en todas las circunstancias.

Es necesario escalar un peldaño más y abandonar lo cuantitativo para adentrarnos en lo cualitativo: ¿cuándo una vida biológica es también una vida de «persona», y cuándo deja de serlo? Lo cierto es que, cualquier línea de razonamiento que se siga, parece de sentido común que hay que trazar en alguna parte un límite cuyo rebasamiento, en cualquiera de sus dos polos, indique que una vida carece de o presenta aquellas cualidades que nosotros consideramos como humanas; pero, ¿dónde está o dónde debemos trazar ese límite?

Las formas de eutanasia las entiende la crítica en dos bloques:

1. Eutanasia pasiva o negativa.
2. Eutanasia activa o positiva:
  - Directa y voluntaria.
  - Voluntaria pero indirecta.
  - Involuntaria pero directa.

Pero, ¿dónde están y cuáles son las bases de estas diferenciaciones? Implícitamente se están barajando términos como: qué distinción hay entre matar y dejar morir al paciente, en qué condiciones se puede decir que una persona es perfectamente capaz de formular sus deseos, es más, deberían cumplirse tales deseos, la misma omisión no es ya una comisión. La línea fronteriza entre la eutanasia activa y la pasiva se diluye, ya que el acto de llevar a cabo una de ellas arrolla a la otra. ¿Cuándo la eutanasia deja de ser pasiva para convertirse en activa? Si el «hombre está condenado a ser libre», entonces puede enfrentarse con su propia muerte o puede esperarla pasivamente: elección o destino. También puede plantearse la muerte de los otros y elegir por ellos. La cuestión moral estriba, pues, en si se debe esperar la llegada de la muerte como consecuencia de un estado determinado del paciente, o si podría ser ocasionada por la administración de un «cocktail lítico».

1. ¿Hay diferencia entre eutanasia activa y eutanasia pasiva?
2. ¿Cuál es el fundamento de esta distinción?

El primer interrogante se puede hacer coincidir con el aspecto intrínseco de ambas formas, mientras que el segundo hará referencia a su relación con lo que les viene de fuera. Siguiendo este desarrollo podemos concluir que la distinción entre ambas formas es más aparente que real, y se ha dificultado su distinción con expresiones como «acción», «comisión», «omisión», «directo», «indirecto», «dejar morir», «matar», etc. En sí mismas, ambas formas no son diferentes, sino que son dos maneras de realizar un mismo propósito. No podemos dejarnos engañar por expresiones como «aplicar una inyección» o «desenchufar un aparato respirador», cualquiera de éstos son identificables considerados en sí mismos. No vale decir que al inocular una sustancia letal a un moribundo, éste muere realmente como consecuencia de tal inyección (aunque así sea), y que, en cambio, al retirar o no aplicar ciertos medios al paciente, lo que ocurre es que se le deja morir, ya que en este último caso el paciente muere también por una acción, y no por la enfermedad, accidente o cualesquiera causa fisiológica propia del moribundo. Los mismos términos «pasiva» y «activa» conducen a error.

Mucho se ha hablado del factor tiempo cómo elemento diferenciador entre ambas.

Quizá lo extrínseco a ambas es lo que alimenta su distinción. Cada una de ellas por separado está cargada de una significación propia que se basa en el «cómo» y en una serie de valores éticos, religiosos, sociales, económicos, políticos, etc. No olvidemos que en el siglo xvii, en Inglaterra, el enfermo incurable era conducido a la «Santa Piedra». Estimamos imposible una síntesis entre ambos ámbitos, extrínseco e intrínseco, que nutren la diferencia entre ambas formas eutanásicas. Lo único aceptable es dejar en manos de la ética el considerar a esas formas buenas o malas. Y, por su parte, el Derecho debe avalar la toma de partido de los individuos.

La eutanasia voluntaria está influyendo en todos los órdenes sociales del hombre, porque es la más defendida ante el orden jurídico actual por la mayoría de las sociedades proeutanasias. A grandes rasgos se proponen como condiciones para llevar a cabo la eutanasia voluntaria las siguientes opiniones médicas sobre las perspecti-

vas de recuperación del paciente, establecer cuidadosamente, en presencia de testigos independientes, que el deseo de morir sea racional, libre y firme, y fundamentado sobre la mayor información posible en lo que atañe a su situación. La defensa de este tipo de eutanasia está basada fundamentalmente en el «Testamento Vital».

Otro dato importante es que este tipo de eutanasia se considera a veces como un suicidio con asistencia.

Los temas que descollan por sí mismos son: la autonomía (la cuestión de a quién pertenece nuestra vida), el interés socioestatal, e inseguridad de que el moribundo solicite la eutanasia libre y racionalmente. Relacionado con la elección libre y racional de la eutanasia cabe citar los trabajos de Elisabeth Kübler-Ross y P. Sporken.

Pero, la eutanasia involuntaria es la que presenta mayores complicaciones a todos los niveles. Incluso se suele añadir dentro de este tipo de eutanasia a la neonatal.

Es el momento de considerar las críticas y objeciones que han salido al paso a la práctica eutanásica: errores en la prognosis médica, progreso de la tecnología médica, «teoría del dominó», la heterogeneidad en la elección del paciente, repercusiones socio-político-económicas, valoración de la vida ajena, santidad de la vida, la posibilidad de ver al médico como asesino.

El problema de los errores en la prognosis y diagnosis médicas está por resolver, y una línea de respuesta, que no de solución clara, es que los errores no son única y exclusivamente problemática que ataña a la eutanasia, sino que es de ámbito e influencia general en toda cuestión médica, a pesar de que es precisamente en aquélla donde las posiciones están más enfrentadas. Muy relacionado está también el avance de la ciencia médica. Y las consideraciones al respecto pasan por dos frentes:

1. Corremos el peligro de precipitarnos de lleno en el terreno de las abstracciones, y esto nos desvía del problema: prestar una enorme atención a la realidad concreta, en donde la cuestión sigue en el aire y es la única que puede demostrar el posible «valor» de la aplicación de la muerte.

2. Siguiendo la línea del Conde de Tolstoi: «siempre hay un progreso más allá de lo ya conseguido y ningún mortal puede llegar a las cimas situadas en el infinito».

Por otro lado, en espera de ese «milagroso remedio», ¿qué tipo de existencia le espera al paciente? Éste tiene sus derechos. Es más, ¿no podríamos caer en una defensa denodada del avance médico y dejar a los pacientes en manos de una técnica experimental que le ligue, aún más, al sufrimiento?

La «Teoría del dominó» es la postura más defendida por lo que se ha venido a llamar la «postura prohibicionista». Los gobiernos ya tienen sistemas más sofisticados para acallar a quien deseen, sin poner en peligro su posible resultado electoral, si admitiesen abiertamente la legalidad de la eutanasia.

La heterogeneidad en la elección del paciente pone en tela de juicio la perfectibilidad de lo humano. La naturaleza de esta objeción la hace aplicable a todos los ámbitos humanos. Las relaciones de esta objeción con la eutanasia son vinculantes en sentido fuerte: una decisión equivocada puede tener o tiene una consecuencia irreversible pero también un sufrimiento «suprahumano».

Todavía cabe preguntarse si deben cumplirse los deseos expresados por el paciente o condenarlos en aras de una posición de «santidad de la vida», de la idea de Dios como donador de ésta, de la idea de purificación del sufrimiento, etc. Mucho se ha escrito sobre el verdadero papel que desempeña el sentimiento de piedad. Se ha visto como una coartada para ayudarnos a nosotros mismos a no afrontar el hecho incuestionable de la muerte; incluso se llega a señalar que es una forma que, sencillamente, está encubriendo una piedad hacia nuestra persona.

La trascendencia social de la problemática eutanásica es incontrolable. Lo económico y lo político son el auténtico transfondo de la eutanasia hoy día; la ética no ocupa ningún lugar de preferencia si no es para solapar esos ámbitos.

La objeción de la valoración que nos merece la vida ajena aparece, de manera muy especial, cuando el paciente terminal no tiene capacidad de elección propia. Estimamos que es el gran escollo contra el que tropieza la muerte por elección, entre otros motivos, porque deja de ser por «elección». El médico, la enfermera, la familia, un comité seleccionado por la autoridad judicial y un comité constituido por personas relacionadas o pertenecientes a la administración hospitalaria son los cinco substitutos del paciente imposibilitado para elegir su muerte, según la crítica general.

El médico no debe ultrapasar la exposición objetiva y científica del estado de salud del paciente, no debe, por tanto, intervenir en la decisión de una manera subjetiva. El contacto diario con enfermos terminales llega a crear barreras psicológicas de insensibilización constatables. Por lo que respecta a la elección encarnada en la enfermera, cabe señalar que dentro de la misma profesión médica no está ni tenida en cuenta. La familia podría ser quien tomara la responsabilidad de la elección, pero ¿hasta qué punto la muerte de un paciente deja de ser un bien para él para convertirse en un bien para la familia? Un comité formado por componentes de la administración hospitalaria presenta un doble problema: alejamiento del problema concreto del paciente y presiones económicas que puede sufrir en tanto que tal hospital esté afiliado a un estamento determinado, como por ejemplo la misma Administración Local, o que ese hospital dependa económicamente de un sector anti o pro eutanási-co. El otro tipo de comité presenta la dificultad de una mala información y alejamiento del paciente, aunque, a diferencia del otro tipo de comité, sea más imparcial.

El hombre crea unas imágenes en las que se reconoce, y parece ser que hoy ese hombre se reconoce como «hombre económico». Y esa imagen presenta una doble implicación: por un lado, sugiere que el hombre quiere jerarquizar ciertos conceptos, como el de hombre mismo, y esto genera que se vea al «hombre no-económico» como menos hombre que el «económico»; y, por otro lado, el coste de mantenimiento de esos hombres no productivamente económicos.

Una decisión de la magnitud de aconsejar o practicar la eutanasia no puede quedar subyugada a cuestiones técnico-económicas; y este es el problema que, carroñeramente, sobrevuela, si es que no se ha posado ya, sobre la eutanasia: reificar al paciente y verlo como una cifra o como pasto de investigaciones puede hacer de la eutanasia una «cacotanasia».

Nos consta que hoy día los abusos eutanásicos se están sucediendo sin límites. Los hospitales se rigen por unos códigos internos casi monolíticos, y desconocidos por la mayoría de los pacientes. La decisión de considerar a uno de ellos como «DNR» (Do-Not-Resuscitate) corre a cargo de los médicos en un 98 %.

Mientras la ley no ampare la elección del paciente, el problema seguirá estando ahí. La ley debe aparecer clara, distinta y rápidamente para poder gobernar este intrincado problema que se está desbordando de su cauce.

La eutanasia es un debate entre quienes respetan la vida, y no es un debate sobre el derecho a asesinar.