

COLECCIÓN DE BIOÉTICA

2.^a
edició

Morir en libertad

Albert Royes (coord.)



Organització
de les Nacions Unides
per a l'Educació,
la Ciència i la Cultura



Càtedra UNESCO de Bioètica
de la Universitat de Barcelona



Observatori de
Bioètica i Dret
Universitat de Barcelona

Índice

Presentación, por María Casado y Albert Royes	9
Introducción, por Albert Royes	11

PRIMERA PARTE

MATERIALES DEL OBSERVATORIO DE BIOÉTICA Y DERECHO

MARÍA CASADO, Argumentos para el debate en torno a la eutanasia	17
RAMÓN VALLS, La dignidad humana	35
ANEXO: Texto íntegro del testamento de Ramón Sampedro.....	43
MARÍA CASADO Y ALBERT ROYES, Documento del Observatorio de Bioética y Derecho sobre la disposición de la propia vida en determinadas circunstancias: declaración sobre la eutanasia (2003; 2010).....	47
JAVIER SÁDABA, Eutanasia y ética	57
ADENDA: Bélgica y el dolor.....	68
VÍCTOR MÉNDEZ BAIGES, La muerte contemporánea: entre la salida y la voz	71
ALBERT ROYES, Situación de la regulación de la eutanasia y del suicidio asistido en distintos países	83
MIRENXXU CORCOY, Fin de la vida. Regulación de la eutanasia y muerte digna....	107
RICARDO GARCÍA MANRIQUE, Bioética y cine: la eutanasia y la ayuda al suicidio..	127

SEGUNDA PARTE

LA EXPERIENCIA DE EXIT-ADMD SUISSE ROMANDE

JÉRÔME SOBEL, La asistencia al suicidio es plenamente legal.....	171
EXIT-ADMD: la práctica responsable y transparente de la ayuda al suicidio	175
JÉRÔME SOBEL Y MICHEL THÉVOZ, <i>La ayuda al suicidio</i> (fragmentos)	179
ANEXO: Instrucciones para la aplicación de la ley de salud pública sobre la ayuda al suicidio en los establecimientos sanitarios reconocidos de interés público (enero de 2013)	187
Nota sobre los autores.....	191

Presentación

El libro que aquí se presenta tiene diversos objetivos. El primero es reunir en un único volumen textos que, en diferentes momentos, han publicado miembros del Observatorio de Bioética y Derecho, de la Universidad de Barcelona, sobre la ayuda al suicidio y sobre la eutanasia. Dichos textos se han ordenado cronológicamente de acuerdo con el año de su publicación (o, en algunos casos, de su última revisión) desde la ya lejana fecha de 1994 hasta la actualidad. Sobre esta base se han ordenado los diferentes capítulos que componen esta primera parte.

Un segundo objetivo es poner de relieve que la temática que aquí se aborda es recurrente y evidencia la coherencia del grupo consolidado en y alrededor del Observatorio de Bioética y Derecho en su firme defensa del derecho de los ciudadanos a ejercer, en el marco que el legislador establezca, la autonomía moral personal hasta sus últimas consecuencias si eso es lo que desean. El derecho a una muerte digna, como suele denominarse, es al mismo tiempo el derecho a morir en libertad, el derecho de poder elegir el momento y la manera de poner fin a la propia vida —contando para ello con la ayuda profesional imprescindible a fin de evitar añadir sufrimiento— cuando la continuación de la vida es percibida y sentida como un mal y no ya como un bien. De ahí el título de este libro.

Sin embargo, nada parece moverse en nuestro país en este campo, distanciándonos también en lo que se refiere al ejercicio efectivo de los derechos fundamentales de otros países de nuestro mismo entorno cultural, mucho más respetuosos con las decisiones de las personas que solo a ellas competen y afectan, es decir, mucho más respetuosos con la libertad. Las diferentes propuestas que en diferentes momentos han sido presentadas en sede parlamentaria para propiciar el debate legislativo, pero sobre todo social, sobre la ayuda al morir siempre han sido rechazadas o tratadas como una molestia que en realidad a nadie interesaba, al menos a nadie con capacidad real para desarrollar este debate y para proponer el cambio normativo imprescindible. Valga como ejemplo la reforma del Código Penal de 1995, en cuyo debate ni siquiera se llegó a entrar en el fondo del asunto con el manido argumento de que la sociedad no está preparada para la despenalización de la eutanasia o para la ayuda al suicidio. No obstante, en todas las encuestas de opinión en las que se ha introducido esa

cuestión muestran reiteradamente que los ciudadanos (incluidos profesionales sanitarios) son mayoritariamente mucho más favorables a la despenalización de la ayuda a morir en determinadas circunstancias de lo que sostiene la llamada clase política. ¿Será acaso esta misma clase política la que no está «preparada», es decir, dispuesta a promover un debate sereno, tanto entre los ciudadanos como a nivel legislativo, sobre esta temática por mero cálculo electoralista o por arrugarse ante el poder de determinados lobbies conservadores y, en el fondo, enemigos de la libertad?

Pero, como ya escribimos en 2010 con ocasión de la reedición del Documento del Grupo de Opinión del Observatorio de Bioética y Derecho sobre *La disposición de la propia vida en determinados supuestos: declaración sobre la eutanasia*, cuya primera edición es de 2003 y que reproducimos íntegramente en uno de los capítulos de este volumen: «Lo que se acaba de decir lleva a pensar que en el debate público sobre la eutanasia y la ayuda al suicidio las distintas posiciones teóricas ya han sido claramente expuestas. Lo que se precisa es la voluntad política para proponer iniciativas parlamentarias concretas sobre la cuestión por parte de quien puede hacerlo». Ahí seguimos.

Otro objetivo de este libro, en su segunda parte, es difundir la finalidad y el modo de actuación de una de las varias organizaciones que en Suiza facilitan la ayuda al suicidio, algo que allí es perfectamente legal. Y para ello hemos creído conveniente reproducir los propios textos y materiales de EXIT-ADMD Suisse Romande y, en especial, de su presidente, el Dr. Jérôme Sobel, a quien agradecemos sinceramente las facilidades que en todo momento nos ha proporcionado para esta publicación. Se habla mucho acerca de esas organizaciones, pero se conoce muy poco de ellas en nuestro entorno. Por esa razón, quienes creemos que nuestros lectores son adultos y capaces de pensar por sí mismos hemos juzgado oportuno ceder la palabra a la organización EXIT-ADMD Suisse Romande para que cada cual saque sus propias conclusiones.

Por último queremos dejar constancia de nuestro agradecimiento a todos los autores, miembros del Observatorio de Bioética y Derecho de la Universidad de Barcelona, que han aceptado participar en esta obra colectiva. Esperamos que a los lectores les parezca interesante este libro y que nuestro trabajo sirva para suministrar informaciones para el debate público y contribuya de este modo a la toma de decisiones transparente y democrática en este tema.

MARÍA CASADO y ALBERT ROYES
Barcelona, enero de 2016

Introducción

El lector encontrará en los capítulos que siguen abundantes y detallados argumentos y razones en favor de la despenalización de la eutanasia y del suicidio médicamente asistido. La finalidad de estos textos no es entrar en un debate tedioso y, por lo general, estéril sobre los principios y sobre las distintas opiniones acerca de qué son la vida buena y la buena muerte, sino ofrecer a los lectores, y a la ciudadanía en general, una recopilación de textos que reflejan la posición del Observatorio de Bioética y Derecho, de la Universidad de Barcelona, sobre el tema. Resumamos, no obstante, lo esencial de los mismos: la eutanasia y el suicidio asistido (o la ayuda al suicidio, como también se denomina) no son sino dos maneras distintas, dos procedimientos diferentes, para alcanzar el mismo objetivo, poner fin a la propia vida cuando la muerte no es la peor de las alternativas. Libertad y voluntariedad, que presuponen la plena capacidad para tomar decisiones por sí mismo y en beneficio propio, son condiciones necesarias y a la vez suficientes que deben reunir las personas que deciden —de manera libre y voluntaria, insistimos— poner fin a su vida y para ello solicitan la ayuda o la colaboración de otros. Por supuesto, esas mismas condiciones de libertad y voluntariedad deben darse también en quienes decidan atender de manera activa una petición de eutanasia o de ayuda al suicidio. A nuestro juicio, la legislación debería acoger esas dos posibilidades y establecer tanto los procedimientos que garanticen que las personas solicitantes reúnen efectivamente esas dos condiciones citadas como los mecanismos de control necesarios para prevenir irregularidades y posibles abusos. Eso y no otra cosa es lo que cabe esperar en una sociedad plural, es decir, no homogénea desde el punto de vista de las opciones morales, y en la cual los responsables políticos, los legisladores, recojan los deseos, necesidades y aspiraciones de los ciudadanos sin imponerles interpretaciones sectarias acerca de la vida buena y la buena muerte. Nada mejor que el respeto frente a las diferentes e incluso diametralmente opuestas concepciones acerca del vivir y el morir, concepciones que a nadie se le imponen y merecedoras todas del mismo valor. Esa es, a nuestro parecer, la esencia de la democracia. Obligar a las personas que voluntariamente deseen poner fin a su vida a recurrir a procedimientos crueles (defenestración, asfixia, envenenamiento...), o a asumir conductas heroicas frente al dolor físico, psíquico o moral que

no resulta soportable, o a refugiarse en la clandestinidad, no es lo que cabe esperar en el marco de una democracia. Lo deseable y lo que se espera en una democracia es que esas personas puedan recurrir a aquellos profesionales sanitarios que estén dispuestos a facilitarles la ayuda que precisan sin que estos corran el riesgo de ser perseguidos penalmente por dicha ayuda, dentro del más escrupuloso respeto a los procedimientos y requisitos establecidos normativamente.

No se trata tampoco de inventar otra vez la rueda. Cada vez más sociedades de nuestro mismo entorno cultural han adoptado (ya sea por decisión de sus legisladores o mediante votación popular directa) leyes que posibiliten que las personas sufrientes que no desean continuar con una vida que, a su parecer, es indigna y fuente de padecimientos y que entienden que la «buena muerte» debe formar parte del *continuum* de atenciones sanitarias a las que los ciudadanos que así lo deseen puedan acceder, pues la calidad en el proceso de morir no es más que la forma extrema e irreversible de promover la calidad de vida de las personas.

En este sentido, vale la pena detenerse en comentar el enfoque que la Asamblea Nacional de Quebec ha dado recientemente al tema mediante la aprobación, en junio de 2014, de la *Loi concernant les soins de fin de vie*, que entrará en vigor en diciembre de 2015,¹ cuyo objetivo es garantizar a las personas al final de su vida una atención sanitaria respetuosa con su dignidad y su autonomía y dirigida, de manera especial, a prevenir y mitigar el padecimiento de estas personas. Para ello, en el epígrafe que lleva por título *Cuidados de fin de vida*, tras referirse a los cuidados paliativos y a la sedación paliativa continuada, define la ayuda médica a morir en estos términos: «Un tipo de cuidado consistente en la administración por parte de un médico a una persona al final de su vida, a petición de esta misma persona, de medicamentos o de sustancias que tengan por objeto suprimir su sufrimiento ocasionando su muerte». Es decir, la eutanasia, aunque este término no se menciona en ningún momento probablemente para obviar inútiles debates nominalistas de fuerte carga ideológica. La ley reconoce y admite que para una minoría de personas los cuidados paliativos no consiguen mitigar todo su sufrimiento, por lo que la ayuda médica a morir constituye una opción nueva, excepcional en el *continuum* de los cuidados ofrecidos en Quebec, a fin de responder a *situaciones excepcionales de sufrimiento*. Se enfoca, además, como un derecho de toda persona a recibir los cuidados de fin de vida que la ley describe ya sea en un hospital, en un establecimiento de cuidados paliativos o en su propio domicilio.

¹ Puede consultarse en: <http://www.assnat.qc.ca/fr/travaux-parlementaires/projets-loi/projet-loi-52-40-1.html> (consulta: 18 de septiembre de 2015).

En su artículo 26, esta ley establece las condiciones que las personas deben reunir para solicitar dicha ayuda: ser mayor de edad legal, con capacidad para consentir a este tipo de cuidados, en situación de fin de vida, presencia de una enfermedad grave e incurable, con deterioro progresivo de sus capacidades y que experimentan sufrimientos físicos o mentales constantes e insoportables y que no pueden aliviarse en condiciones que la persona considere tolerables. Eso último significa que la persona puede decidir si, por ejemplo, la inducción del coma, que le impediría conservar la lucidez y mantener hasta el final su actividad como persona social, por más que le calme radicalmente sus sufrimientos, no le resulta aceptable, por lo que solicita ayuda para poner fin a sus días con plena conciencia. En este caso, si el médico responsable del paciente decide voluntariamente acceder a la petición de ayuda médica a morir que le ha sido formulada, debe administrarla él mismo, acompañar a la persona y permanecer a su lado hasta su fallecimiento. Si, por el contrario, decide no acceder a la petición, debe advertir de inmediato al director del establecimiento, quien deberá buscar otro médico que acceda a la misma.

Siguiendo con este breve resumen de la citada ley, existen, sin embargo, algunas limitaciones. Las más importantes son: no considera la posibilidad de que una persona sufrete que no esté en situación de fin de vida (por ejemplo, una persona afecta de tetraplejia pero cuya vida no está en riesgo inminente) pueda solicitar la ayuda médica a morir tal como la define la ley; no puede formularse una petición de ayuda médica a morir mediante un documento de Voluntades Anticipadas, y los menores de edad legal y las personas incapaces de formular por sí mismas esa petición no son tenidas en cuenta.

También merece mencionarse la sentencia del Tribunal Supremo de Canadá, de 6 de febrero de 2015,² que establece claramente que «la prohibición de ayuda médica a morir es nula en la medida en que priva a un adulto capaz de esta ayuda en los casos en que: a) la persona afectada consiente claramente a poner fin a sus días; y b) la persona padece problemas de salud graves e incurables (ya sean afecciones, enfermedades o discapacidades) que le ocasionan sufrimientos persistentes y que le resultan intolerables». Con esta sentencia, el Supremo de aquel país da la razón a la juez de primera instancia que dictaminó que esa prohibición viola los derechos que el art. 7 de la Constitución canadiense de 1982 (derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de las personas) otorga a sus ciudadanos. Añade, además, que una reglamentación adecuada y bien aplicada permite proteger a las personas vulnerables contra abusos o errores.

² Puede consultarse en: <http://scc-csc.lexum.com/scc-csc/scc-csc/fr/14637/1/document.do>.

Todas las leyes despenalizadoras de la eutanasia y/o del suicidio asistido vigentes hasta este momento en los diferentes países —así como los requisitos que las organizaciones de ayuda al suicidio exigen— se refieren a personas sufrientes por causa de dolencias o enfermedades incurables. No son, pues, de aplicación a personas que deseando poner fin a sus vidas por el sufrimiento que vivir les ocasiona y que les resulta insoportable pudieran ver en la eutanasia o en el suicidio asistido el único alivio a su padecimiento, con lo que solamente disponen de la posibilidad de ejercer su derecho —este sí, ya plenamente reconocido— a negarse a recibir tratamientos de soporte vital si llegado el momento precisaran de los mismos. Mientras tanto, esas personas, libres todavía de enfermedades graves e incurables, se ven obligadas a malvivir una existencia que puede conllevar enormes padecimientos psíquicos que en modo alguno pueden ser aliviados. Piénsese, por ejemplo, en el miembro superviviente de una pareja que ha compartido felizmente decenios y que no concibe la vida sin el otro miembro ya fallecido; o en quien se sabe afectado, todavía de manera incipiente y que de momento no le incapacita, de una enfermedad neurodegenerativa que le ocasionará en un futuro más o menos cercano (pero en absoluto inminente) un fuerte deterioro, cuando no la pérdida, de su funcionalidad física o de sus facultades cognitivas; o, sencillamente, una persona puede no querer soportar el envejecimiento en condiciones, a su juicio, cada vez más indignas aunque gozara de las máximas y mejores atenciones sociosanitarias, familiares, etc., posibles. En cualquiera de estos casos, o de otros que el lector podrá añadir fácilmente, el sufrimiento puede hacerse absolutamente insoportable. Si esas personas reúnen los mismos requisitos de libertad, voluntariedad y capacidad para tomar decisiones que se exigen a quienes desean formular una petición de eutanasia o de ayuda al suicidio, ¿por qué razón son excluidas de esta posibilidad cuando el fundamento básico de esas peticiones es el sentido de la dignidad propio de cada uno y el elevado padecimiento que seguir con vida les ocasiona? Desde nuestro punto de vista, esa posibilidad que aquí se apunta también debería formar parte de lo que en este libro hemos denominado *Morir en libertad*.

ALBERT ROYES
Barcelona, enero de 2016

PRIMERA PARTE
**MATERIALES DEL OBSERVATORIO
DE BIOÉTICA Y DERECHO**

Argumentos para el debate en torno a la eutanasia¹

María Casado

Planteamiento

El tratamiento de la eutanasia plantea a la sociedad en general y al personal sanitario en particular problemas que para ser resueltos colectivamente requieren un amplio y riguroso debate social. Según el último informe QUIRAL —elaborado por el Observatorio de la Comunicación Científica de la Universidad Pompeu Fabra (UPF), con el soporte de la Fundación Vila Casas—, en la prensa española de mayor tirada del último año las referencias a esta cuestión fueron de las que acapararon un mayor número de noticias de las relacionadas con la Bioética.

Aunque este protagonismo parece estar cediendo a favor del interés por los descubrimientos en torno al genoma, el continuo despliegue informativo a propósito de casos de eutanasia pone de manifiesto que el tema sigue siendo de gran actualidad. Desde un punto de vista complementario, puede también analizarse la reciente publicación por parte del Comité Nacional de Ética francés de un nuevo informe (CCNE «Avis sur fin de vie, arrêt de vie, euthanasie», 27-1-2000, París) en el que modifica las conclusiones y los criterios que había sostenido al respecto nueve años atrás (CCNE «Avis concernant la proposition de résolution sur l'assistance aux mourants», 24-6-1991, París) para reconocer explícitamente que es aconsejable revisar aquellas conclusiones a la luz del progreso de la técnica médica y de la evolución de la sociedad desde entonces.

Es importante —y tiene repercusiones en la normativización de los problemas de la Bioética— que un comité del prestigio y de la solvencia del francés afirme que en menos de diez años las circunstancias han evolucionado tanto que obligan a revisar los planteamientos. Sin embargo, lo que más interesa señalar aquí es el deseo del CCNE de aportar elementos para esta necesaria reflexión a partir de la constatación de la evolución de los hechos y de la necesidad de proporcionar una respuesta solidaria a un problema real de nuestra socie-

¹ Una primera versión de este texto se publicó en CASADO, M., *La eutanasia. Aspectos éticos y jurídicos*, Madrid: Reus, 1994.

dad. La evolución científica y técnica plantea nuevos problemas al ser humano, el alargamiento de la vida en determinadas circunstancias no es considerado un bien por todas las personas y en este caso la voluntad del sujeto debe ser tenida en cuenta. Ante esta situación, el CCNE —sin establecer como un derecho el exigir la colaboración de un tercero para poner fin a la propia vida— invoca la solidaridad humana y la compasión para tomar en consideración el hecho de que el ser humano puede encontrarse en circunstancias tales que, aunque exista una regla general de prohibición, se deban tener en cuenta excepciones.

Una de las razones del interés que despierta esta cuestión, que por otra parte afecta a todos los ciudadanos, radica en la difícil compaginación entre la autonomía individual del paciente y el criterio médico; equilibrio que se rompe a menudo por razones diversas, no todas evidentes, ni percibidas por igual en los diversos medios sociales o médicos. El conflicto se sitúa inicialmente entre la voluntariedad (respeto a la autonomía) y determinadas concepciones del derecho a la vida. Pero intervienen en él factores múltiples entre los que destacan los familiares y los derivados del entorno del paciente, los de tipo religioso, los derivados de la distribución de recursos, de la salvaguarda de intereses legítimos de terceras partes, etc., que dificultan en muchos casos la determinación de cuáles son los «mejores intereses» del paciente. Hoy en día los propios fines de la medicina están siendo cuestionados: alargar la vida a cualquier precio no es el objetivo de la medicina. Incluso la Recomendación 1418/99 de la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa afirma que «alargar la vida no es el fin exclusivo de la medicina».

De la «santidad» a la «calidad» de vida

Suele considerarse que existe la tendencia a pasar de un sistema de protección de la vida que responde al paradigma de la sacralidad de la misma a un sistema de protección que tenga en cuenta un punto de vista más cualitativo. «La santidad es el rasgo distintivo de aquellas tendencias que pretenden proteger la vida humana como tal, sin atender a eventuales deficiencias físicas o mentales o a su utilidad social. Por orientación cualitativa se debe entender todos aquellos aspectos que no califican la vida como inviolable ni susceptible de valoración *per se*, sino como algo cualitativamente graduable o, en todo caso, no excluido a priori de toda ponderación con otros intereses.»²

² El profesor Albin Eser, de la Universidad de Friburgo y director del Instituto Max Planck, es uno de los más conocidos expertos en esta cuestión y su trabajo sobre las transformaciones de la protección

El profesor A. Eser considera que la opinión generalizada de que existe un declive de la protección —«de la santidad a la calidad de vida»— en cierto modo es un prejuicio, y de lo que se trataría es de conjugar ambos principios de forma lo más armónica posible; por otra parte, intenta averiguar cuándo un determinado ordenamiento jurídico está más inclinado hacia una consideración sagrada o por el contrario cualitativa de la vida, repasando para ello el Derecho penal alemán. En cualquier caso no parece sorprendente que la vida, tradicionalmente considerada sagrada e inviolable, aparezca expuesta cada vez en mayor medida a una valoración cualitativa y con ello —como consecuencia necesaria— sea confrontada y ponderada con otros valores.³

Resulta habitual convenir en que el cristianismo introdujo las condiciones para que el derecho pasara de un sistema de consolidación y estratificación y de discriminación cualitativa de la vida humana a la consideración de que, como creación de Dios, cada hombre es igual a los otros y toda vida humana es sagrada e inviolable *per se*, para uno mismo y para los demás, sin atender a su calidad física o estatus social. Ni en el derecho romano, ni en los derechos germánicos —menos aún en los derechos anteriores—, esto había sido así. La muerte de un esclavo era concebida como un delito contra la propiedad, incluso las reparaciones a causa de la muerte de una persona se graduaban según el estatus, la edad y el sexo, cosa que por cierto sucede también ahora en las indemnizaciones por accidente fijadas por la ley así como en las primas y reembolsos por enfermedad de compañías privadas. Tampoco para la filosofía antigua, la vida humana era considerada un valor en cuanto tal, sino que se vinculaba a su utilidad social. Platón y Aristóteles preconizaron medidas de política demográfica como la exposición o el aborto. Fue, pues, la influencia de los principios religiosos y del derecho canónico en el orden jurídico medieval la causa principal de la aceptación de esta concepción de la vida como valor en sí mismo, como se recogió por ejemplo en la llamada «ley Carolina», primer Código Penal promulgado en Alemania en 1532 por el emperador Carlos V.

jurídico-penal de la vida, «Entre la santidad y la calidad de vida» —cuya traducción se publicó en el Anuario de Derecho Penal de 1984, pp. 747 y ss.—, es fundamental para la comprensión del tema.

³ Sobre la contraposición entre una ética de la «sanctity of life» con una de la «quality of life», Joseph Fletcher llega a conclusiones diferentes de las sostenidas por A. Eser al afirmar que «... la ética tradicional basada en la santidad de la vida, que fue la doctrina clásica del idealismo médico en sus fases precientíficas, debe ceder paso a una ética de la calidad de vida. Esto acaece por razones humanas. Es el resultado de los éxitos de la medicina moderna, no de sus fracasos». Véase el artículo de J. FLETCHER, «La santidad de la vida contra la calidad de vida», que apareció con el título «Eutanasia» en *Humanhood: Essays in Biomedical Ethics*, Nueva York: Prometheus Books, 1979, pp. 149-158.

Sin embargo, aun así, para poner las cosas en su justa perspectiva es necesario mencionar que ni siquiera en los marcos de más amplia protección de la vida nunca han dejado de establecerse excepciones, más o menos llamativas o encubiertas, a este principio. Las excepciones clásicas a la prohibición de matar, como recuerda A. Eser, constituyen importantes brechas en la valla protectora de la vida y entre ellas se encuentran tanto los casos en que a la vida biológica le era negada *ab initio* su calidad humana como aquellos casos en los que la muerte de una persona era justificada según distintos argumentos. Es preciso convenir en que «al intentar imponer la protección a la vida mediante la destrucción de la vida, la pretensión de santidad de esta queda suspendida. Pudiéndose destruir la vida para seguridad de otros bienes jurídicos, esta se convierte en un objeto ponderable», si bien «... las excepciones clásicas a la prohibición de matar representan solo la reacción frente a una agresión ilegítima —al menos desde una perspectiva típico-ideal—, donde la vida destruida ya se había puesto previamente en juego. En esto se distinguen fundamentalmente la legítima defensa, la pena de muerte y la muerte en guerra defensiva, de los casos... en los que la vida destruida no es agresor sino víctima: interrupción del embarazo, eutanasia y suicidio». En estos casos, la vida se convierte en un valor digno de ser ponderado e incluso desplazado por intereses materiales o necesidades sociales. La calidad de vida se antepone a la misma existencia.

Problemas similares se plantean en este aspecto tanto respecto al comienzo como al final de la vida, y esperar de la medicina o de la biología criterios claros definitorios y delimitadores sería ilusorio. Cuanto más progresan estas ciencias, más difícil es constatar saltos cualitativos. Esto hace aún más necesario el establecer una regulación jurídica y desarrollar una seria reflexión al respecto, si no queremos vernos reducidos a la adopción sistemática de un conjunto de soluciones médico-pragmáticas, dictadas en virtud de las circunstancias, cosa que, por cierto, es lo que viene sucediendo hasta ahora.

Aunque sea difícil plantear y profundizar en el problema de si existen valores absolutos y normas universales y en la historia real de los hombres, debe reconocerse que la vida no ha sido nunca un derecho de este tipo. Si puede contrastarse con otros valores, como la defensa, el sacrificio, el castigo, etc., ¿por qué no se puede confrontar con la calidad de la misma?, ¿o con el propio deseo de vivirla, con el imperativo de la voluntad? Se trata también de suscitar reflexión sobre todas estas cuestiones.

Acciones y omisiones. Eutanasia activa y pasiva

Al analizar desde una perspectiva histórica los distintos ordenamientos jurídicos, se constata que, si bien puede ser considerado lícito el acabar con la vida de alguien por el bien de uno mismo, no sucede así si se realiza la misma acción por el bien de esa persona. De igual manera se puede poner fin a la vida propia en beneficio del prójimo en un acto de heroísmo —por ejemplo, salvando a una persona que está ahogándose—, pero el mismo acto ya no sería bien considerado sino, por el contrario, resultaría reprobatorio si se tratase de poner fin a la propia vida en beneficio de uno mismo —sería el caso del suicidio—. Puede señalarse que, incluso, se han llegado a fijar castigos para el suicida, en el colmo de la paradoja y como fiel reflejo de la desazón que tales cuestiones suelen provocar —son ejemplos ilustrativos la negativa de enterrar a los suicidas en suelo sagrado, del derecho canónico, o la confiscación de la herencia por el Estado, del derecho romano.

Dejando aparte el tema del suicidio y las consideraciones de índole legal y moral sobre el mismo, en lo relativo a la eutanasia esta actitud tiene su reflejo en la distinta valoración que se hace de la eutanasia activa y pasiva. Para algunas personas matar es peor que dejar morir. Dejando de momento aparte las cuestiones legales, cuyas formas de razonamiento son en ciertos sentidos peculiares, ¿es cierto, desde un punto de vista moral, que existe dicha distinción?

Resulta clarificador el ejemplo propuesto por J. Rachels refiriéndose al caso de los recién nacidos con el síndrome de Down que además presentan defectos congénitos como, por ejemplo, la obstrucción intestinal, que exige operar inmediatamente al bebé para que pueda vivir. En ciertos casos, el médico y los padres deciden no operar y dejar morir al niño; sin embargo, aunque pueda resultar sencillo en una discusión teórica decidir que a tales niños hay que dejarlos morir, es distinto constatar que la infección y la deshidratación van acabando lentamente con un niño que puede ser salvado. «Comprendo que hay personas que se oponen a todo tipo de eutanasia e insisten en que tales niños deben vivir. También comprendo por qué hay otras personas que son partidarias de sacrificar a estos bebés rápidamente y sin dolor. Pero ¿qué razón hay para permitir que la deshidratación y la infección agosten a un ser diminuto durante horas y días enteros? La doctrina que permite a un bebé deshidratarse y languidecer, pero impide recurrir a una inyección que ponga fin a su vida sin sufrir, es tan evidentemente cruel que no necesita de mayor rebatimiento.»

En el ejemplo propuesto, la razón de que no se realice la relativamente fácil intervención quirúrgica para eliminar la obstrucción intestinal no es otra que el

síndrome de Down en razón del cual los padres y el médico opinan que lo mejor para el niño es morir. «Pero observemos que esta situación es absurda, independientemente del punto de vista que cada cual adopte con respecto a la vida y los potenciales de estos bebés. Si merece la pena conservar la vida de un niño con estas características, ¿qué importa que requiera una simple operación? O, si se piensa que lo mejor es que no siga viviendo, ¿qué más da que su tracto intestinal no esté obstruido? En cualquiera de los dos casos, la cuestión de la vida y de la muerte se está decidiendo a tenor de aspectos que le son ajenos.

»El asunto en litigio es el síndrome de Down, no los intestinos. El tema debería resolverse, si hay que hacerlo, partiendo de esta base y sin posibilidad de que dependa de un aspecto tan insignificante como es la de que el niño tenga el tracto intestinal bloqueado o no.» Resulta bastante superficial suponer que, porque no se haya hecho nada por adelantar la muerte, no se sea partícipe de la misma. No hacer nada ya es hacer algo: es decidir la conducta que hay que seguir, igual que en cualquier acción. La omisión es tenida en cuenta, consecuentemente, no solo por el derecho, sino en la valoración moral de tal conducta.

En general, el ser humano tiene una enorme devoción a las reglas por sí mismas y un miedo soterrado a la toma individual de decisiones importantes sin el apoyo de orientaciones dogmáticas. De este tipo son las que proporcionan los sistemas morales que establecen prohibiciones o tabúes que indican lo que debe hacerse o no sin tener en cuenta las consecuencias, simplemente porque está así ordenado, independientemente de los resultados que se sigan de tal conducta. A este tipo de ética —del deber— se oponen los sistemas de orientación finalista que valoran los actos realizados por las consecuencias obtenidas, según hayan servido a unos valores humanos y según cómo lo hayan hecho; para ellas el «bien supremo» es la felicidad, el bienestar humano, no la adherencia a las reglas o a principios trascendentes.

Si acciones y omisiones deben tener igual trascendencia, ¿por qué no ha de ser así en el tema de la eutanasia? Si se considera que matar no es peor que dejar morir, hay que aceptar que la eutanasia activa no es peor que la pasiva. No obstante, no es así como opina la mayoría de la gente, y en esta misma línea están no solo las doctrinas de las religiones mayoritarias sino incluso las declaraciones de ética médica, como la de la British Medical Association, de la American Medical Association, o la de la World Medical Association y la mayor parte de los códigos deontológicos de los colegios de médicos.

Suele establecerse una diferenciación inicial entre aquellos actos que de manera determinante y positiva producen la muerte y aquellos otros que permiten que la muerte sobrevenga al dejar de aplicar algunos procedimientos de