

Salir de la vida

por **D. Diego Gracia**

*Conferencia pronunciada
el 6 de junio de 2000 en Bilbao
y el 7 de junio de 2000 en San Sebastián*

Forum Deusto

Salir de la vida

Diego Gracia*

Los confines de la vida humana

El comienzo y el final de la vida concentran gran cantidad de problemas éticos. Ello se debe a la importancia objetiva de ambos momentos, así como a la resistencia que ofrecen a su análisis intelectual. Eso hace que los confines de la vida en general, y de la vida humana en particular, tengan algo de misteriosos. Lo han sido en el pasado, lo son hoy y probablemente lo serán siempre. Pero aun así, el conocimiento progresivo que vamos teniendo de los confines de la vida nos exige intervenir y actuar en esas fases de ciertos modos concretos y no de otros. No todo lo técnicamente posible es éticamente correcto. De ahí la necesidad de plantearse las dimensiones éticas de las actuaciones médico-sanitarias en el final de la vida.

El planteamiento de los dilemas éticos del final de la vida no tiene por objeto el resolverlos de una vez por todas sino, antes que nada, el comprenderlos adecuadamente, entendiendo los argumentos de las distintas posturas, su peso y sus limitaciones, de tal modo que poda-

* Diego Gracia es Licenciado en Medicina y Cirugía (1970), Doctor en Medicina (1973) y Especialista en Psiquiatría (1974). Desde 1979 es Catedrático de Historia de la Medicina de la Universidad Complutense de Madrid y desde 1988, Director del Master en Bioética de la misma Universidad. El Profesor Gracia es también Director de la Fundación Xavier Zubiri, Académico de la Real Academia Nacional de Medicina (1979), Miembro del Consejo Asesor de Sanidad del Ministerio de Sanidad y Consumo, Miembro del Patronato de la Fundación de Ciencias de la Salud y Director del Instituto de Bioética de la Fundación de Ciencias de la Salud, entre otros. Ha colaborado en muchas publicaciones, publicado numerosos artículos y libros como *Ética de la calidad de vida* (1984), *Fundamentos de Bioética* (1989), *Procedimientos de decisión en ética clínica* (1991) y *Ética y vida: Estudios de bioética* (1998).

mos tener elementos suficientes para la realización de un juicio personal sobre el problema. Un capítulo de ética en un libro de Medicina Interna no puede tener por objeto hurtar al médico sus decisiones morales sino darle los elementos de juicio necesarios y suficientes para que él pueda tomar esas decisiones. Sucede en este campo lo mismo que en el estrictamente clínico, que la responsabilidad última de los juicios diagnóstico, pronóstico y terapéutico corresponde al profesional, y la función del manual o tratado no es otra que ofrecer los conocimientos que el profesional necesita para la realización correcta de tales juicios. En esto la ética clínica no posee ninguna diferencia significativa respecto del razonamiento clínico general. En uno y otro caso la función de los manuales no es anular el juicio diagnóstico ni la libertad clínica del profesional, sino permitir su ejercicio responsable.

Para el logro de este objetivo vamos a proceder analizando las diferentes «mentalidades» que han surgido en torno a la ética del final de la vida a lo largo de la historia occidental, intentando comprender su lógica interna, es decir, sus razones. Veremos que estas razones son más o menos adecuadas, coherentes, convincentes, pero que ninguna puede aspirar a la condición de absoluta, de modo que anule completamente a las demás. Ese esfuerzo de comprensión es fundamental, no sólo porque sin él resulta imposible una visión responsable sobre este problema, sino además porque en nuestras sociedades coexisten todas ellas, de modo que unos individuos defienden unas y otros, otras. Si no se conocen las diferentes mentalidades, no se puede entender a aquellos con quienes nos relacionamos profesionalmente. Por lo demás, nos hallamos en una situación muy particular, ya que en la actualidad se intenta dar un nuevo salto adelante e ir más allá de los paradigmas anteriores. De ahí que la reflexión sea hoy más necesaria que nunca, y el conocimiento y la ponderación de las posturas anteriores, así como las razones que se aducen a favor de la nueva mentalidad, también.

El paradigma naturalista o clásico

Hay una primera mentalidad, que es la naturalista. Ella es la que dio origen a la cultura occidental. Esta surgió, en efecto, cuando los pensadores presocráticos defendieron, frente a las culturas anteriores, que los cambios de las cosas no se deben a intervenciones de seres superiores sino que tienen su origen en el interior de ellas mismas, en su *physis* o naturaleza. El concepto básico y generatriz de toda la filosofía griega, y por extensión de toda la cultura occidental, es el de naturale-

za. Esa naturaleza tiene unas leyes internas, un orden que es principio del dinamismo de las cosas y las hace tender hacia un fin. El concepto de *télos*, fin, es fundamental. Todo lo que altera sustancialmente el orden de la naturaleza o impide su normal desarrollo y su tendencia a su fin natural, es antinatural y es malo. Este es el principio básico de la ética naturalista: el orden de la naturaleza es principio de moralidad. Y como esa naturaleza es teleológica, tiende hacia un fin intrínseco, resulta que cualquier interrupción del proceso natural que impida la consecución del fin ha de considerarse rigurosamente inmoral.

Eso sucede con las enfermedades. Estas alteran el orden natural, lo perturban, impidiendo a los seres humanos alcanzar su fin natural, que no es otro que la *eudaimonía*, plenitud o felicidad. Ese es el fin de los seres humanos, y ése el objetivo de la vida moral. La enfermedad es antinatural porque altera el orden de la naturaleza humana, y por ello mismo también es mala. La enfermedad es mala y todo enfermo tiene algo de inmoral. La enfermedad es una perversión de la naturaleza que impide al ser humano la consecución de su fin moral, la felicidad. De ahí que el médico sea también y necesariamente un moralista. Que los griegos lo pensaron así, lo demuestran inexcusablemente tanto los escritos hipocráticos como las obras de Platón y de Aristóteles.

A partir de aquí puede entenderse el enfoque naturalista de los problemas del suicidio y la eutanasia. Todo ser tiende naturalmente hacia su fin, y el ser humano tiende también de forma natural hacia su fin, la felicidad. Lo dice explícitamente Aristóteles al comienzo de la *Ética a Nicómaco*. Esto hace que toda interrupción prematura del proceso de la vida humana tenga que considerarse, necesariamente, como antinatural y mala. El suicidio es, por ello, una perversión natural y moral. Es, antes que nada, una perversión natural. Eso significa que obedece siempre a un desorden natural, es decir, a una enfermedad, bien física, bien psíquica. Nadie en su sano juicio puede suicidarse, precisamente porque la naturaleza tiende a su propio fin, y por tanto busca permanecer en el ser lo más posible. Nadie se suicida voluntariamente. El suicidio se debe siempre a enfermedad o a ignorancia. Se trata de un caso concreto del principio general socrático de que nadie puede querer el mal directamente, sino sólo por ignorancia o por enfermedad.

Poner fin a la vida de una persona, aunque sea la propia, antes de tiempo es una falta moral porque supone una ruptura del justo orden; por tanto, una injusticia. Injusticia significa en la ética naturalista falta de ajustamiento al orden natural, desajustamiento. La injusticia es una alteración, pero no del orden corporal sino del social o político, es de-

cir, del recto orden de las relaciones humanas. Y como para la ética naturalista la consecución el fin natural del ser humano, la felicidad, sólo es posible a través de la convivencia, resulta que la alteración del recto orden de la convivencia es la máxima injusticia. Esto es lo que sucedería en el caso del suicidio. Aristóteles dice explícitamente en la *Ética a Nicómaco* que el suicidio es injusto, no porque sea un atentado contra los deberes que uno tiene para consigo mismo, sino porque altera el justo orden de la convivencia. «No es posible ser injusto consigo mismo —dice— porque lo justo y lo injusto requieren necesariamente más de una persona» (*Et Nic V 11: 1138 a 16-21*). Esa es la razón de que Aristóteles no considere malo el suicidio porque atente a la justicia que uno se debe a sí mismo, sino por la justicia que uno debe a la ciudad, a la sociedad; es el orden justo de la sociedad el que se altera, el que se des-naturaliza; es una desnaturalización, pero no en el orden individual sino en el social y político. De ahí que escriba: «Si es posible ser injusto consigo mismo o no, resulta claro con lo dicho. En efecto, una clase de acciones justas son las que se conforman a cualquier virtud y están prescritas por la ley; por ejemplo, la ley no autoriza a suicidarse, y lo que no autoriza, lo prohíbe. Por otro lado, siempre que uno hace daño a otro contra la ley, voluntariamente y sin que el otro se lo haya hecho a él, obra injustamente; y lo hace voluntariamente si sabe a quién y con qué; y el que, en un acceso de ira, se degüella voluntariamente, lo hace en contra de la recta razón, cosa que la ley no permite, luego obra injustamente. Pero ¿contra quién? ¿No es verdad que contra la ciudad, y no contra sí mismo? Sufre, en efecto, voluntariamente, pero nadie es objeto de un trato injusto voluntariamente. Por eso también la ciudad lo castiga, y se impone cierta pérdida de derechos civiles al que intenta destruirse a sí mismo, por considerarse que comete una injusticia contra la ciudad.» (*Et Nic V 11: 1138 a 5-13*). Por eso el suicidio es injusto, porque va contra la «recta razón»; es «antinatural», «irracional» e «injusto». Pero la injusticia que se comete no se da en el orden del propio individuo sino de la comunidad. Porque va contra la naturaleza y la recta razón, la ley prohíbe el suicidio; y porque lo prohíbe la ley, resulta injusto y malo. El hecho de que el suicidio sea antinatural y vaya contra la recta razón, hace que deba prohibirse legalmente; por tanto, que se convierta en un delito penal.

Pero eso no impide que pueda ponerse fin a la vida cuando ésta resulta peor que la muerte. Esto sucede cuando la naturaleza humana, por lo que sea, pierde su tendencia natural a la felicidad. Hay veces en que ésta ya no es posible, debido precisamente al desorden profundo e irreparable de la propia naturaleza. En esos casos, el poner fin a la vida,

propia o ajena, no sólo no es inmoral sino que puede ser un ejemplo paradigmático de elevación moral. Es el caso de Sócrates, que se suicida para evitar una muerte indigna; o el caso de Séneca; etc. Se admite, pues, el suicidio para evitar la degradación física o moral de la vida.

Esto permite entender que el término eutanasia fuera primariamente griego y apareciera dentro de la cultura griega. De hecho, se halla reiteradamente utilizado por los filósofos estoicos. Estos constituyen, como es bien sabido, la culminación del naturalismo griego, que es el medio en que aparece el término eutanasia. Para ellos es, en principio, antinatural e intrínsecamente perverso interrumpir un proceso natural, como es la vida de un ser vivo, y sobre todo de un sujeto humano, cuando ésta tiene aún posibilidades de desarrollarse. El suicidio y la eutanasia son, por definición, inmorales. Pero esto sucede sólo cuando la naturaleza conserva su orden interno. Porque cuando no sucede eso, en las situaciones en que la naturaleza se desordena o desintegra, o cuando comete errores, el principio moral de respeto desaparece, y entonces el suicidio y la eutanasia están permitidos. Más aun, el término eutanasia nació para expresar eso, para integrar la terminación voluntaria de la vida en un sistema moral coherente.

Conviene reparar en el modo como se construyó el término eutanasia, y cuál fue su sentido original. La tesis griega fue que el fin de la ética era la búsqueda de la perfección del ser humano. Esa perfección se expresa en griego mediante el prefijo *eu-*, que significa «bueno». Así, Aristóteles dice al comienzo de la *Ética a Nicómaco* que el objeto de la ética es la consecución de la *eu-daimonía*, término que suele traducirse por «felicidad», aunque su sentido griego es bastante más complejo. *Daimon* es un término griego que significa dios, divinidad, destino, suerte, de modo que *eu-daimonía* significó buena suerte, dicha, felicidad. La felicidad es una suerte, una buena suerte, un regalo de los dioses. Esto es algo consustancial a la cultura griega, y todavía más al estoicismo. Nadie merece la felicidad, que es siempre un don, un regalo, y un regalo de los dioses. Por eso Aristóteles no se cansa de repetir que la felicidad depende en gran medida de la «buena cuna» (*Eth. Nic.* I,8: 1099 b 5). «Es menester, afirma, nacer con aptitud para juzgar rectamente y elegir el bien verdadero, y está bien dotado aquél a quien la naturaleza ha provisto generosamente de ello, porque es lo más grande y hermoso y algo que no se puede adquirir ni aprender de otro, sino que tal como se recibió al nacer, así se conservará y el estar bien y espléndidamente dotado en este sentido constituiría la índole perfecta y verdaderamente buena». (*Eth Nic* III, 5: 1114 b 5-13). Ni la

educación ni la medicina pueden hacer mucho por la felicidad. Esta depende básicamente de la primera naturaleza, no de la segunda. Esto explica que un tipo especial de eutanasia fuera la eliminación de los recién nacidos deformes o gravemente enfermos. Plutarco cuenta en su vida de Licurgo, el gran legislador de Esparta, cómo los espartanos despeñaban a los niños deformes y a las niñas por la ladera del monte Taigeto. También refiere que las madres lavaban a los recién nacidos en vino y no en agua, dado que los niños débiles y epilépticos no soportaban este tipo de baño y morían (Plutarco, *Vidas paralelas*, Licurgo, 16). Posturas muy parecidas a las espartanas se encuentran en las obras de Platón y Aristóteles.

El objetivo supremo, la *eu-daimonía*, se expresa en dos formas distintas, dice Aristóteles, como *eu-zen*, vivir bien, y *eu-prattein*, actuar bien. Esa es la obligación moral, vivir bien y obrar bien. Pero por eso mismo, cuando tal objetivo se pierde, cuando ya no se puede conseguir, entonces la obligación moral es otra, morir bien, *eu-thanasia*. Por tanto, el poner fin a la vida propia o a la ajena cuando la vida se ha convertido en indigna, no sólo es una posibilidad sino quizá también un deber. Esto permite entender por qué en la antigüedad la eutanasia fue una cuestión filosófica y aristocrática. Sócrates se suicidó cuando ya no podía seguir viviendo dignamente, y Platón, Zenón y Séneca justificaron explícitamente la eutanasia en el caso de las personas gravemente enfermas y con grandes sufrimientos. La eutanasia busca una muerte que sea el coronamiento de una vida plena (Suetonio, *Divus Augustus*, 99,2). Lo que se busca es una muerte honorable y libre de toda constricción (Tácito, *Annales*, XV, 60-64).

La muerte honorable no tiene que buscarse sólo ni principalmente para evitar males propios, como el sufrimiento, sino también, y principalmente, para no impedir la felicidad de los demás. Ya oímos decir a Aristóteles que el suicidio es sobre todo una agresión contra la comunidad. Esta es una idea profundamente arraigada en la mentalidad naturalista. Platón expresa la misma idea en su *Politeia*, y además considera un deber de la profesión médica actuar en ese sentido, en beneficio de la *pólis*. Dice Platón que la ciudad natural o perfecta ha de estar compuesta de hombres «sanos» (excepto en el caso de los trabajadores manuales y los artesanos, hombres que en el fondo no pertenecen a la ciudad más que materialmente, y que por lo mismo carecen de derecho de ciudadanía). Los ciudadanos han de gozar de salud, dice Platón, dado que la salud es inseparable de la perfección. Por eso en la ciudad ordenada los enfermos incurables no tienen cabida: «Asclepio dictó las

reglas de la medicina para su aplicación a aquellos que, teniendo sus cuerpos sanos por naturaleza y en virtud de su régimen de vida, han contraído alguna enfermedad determinada, *pero únicamente para estos seres y para los que gocen de esta constitución*, a quienes, para no perjudicar a la comunidad, deja seguir el régimen ordinario limitándose a librarles de sus males por medio de drogas y cisuras, mientras, en cambio, *con respecto a las personas crónicamente minadas por males internos, no se consagra a prolongar y amargar su vida con un régimen de paulatinas evacuaciones e infusiones, de modo que el enfermo pueda engendrar descendientes que, como es natural, heredarán su constitución, sino al contrario, considera que quien no es capaz de vivir desempeñando las funciones que le son propias no debe recibir cuidados, por ser una persona inútil tanto para sí mismo como para la sociedad.*» Los médicos hipocráticos siguieron, a su modo, este consejo platónico, no tratando a quien consideraban que debían morir. Era el tiro del «desahucio», una figura perfectamente establecida en la medicina occidental desde la época hipocrática.

Todo lo dicho exige relativizar textos como el que aparece en el *Juramento* hipocrático, y que dice: «No daré a nadie, aunque me lo pida, ningún fármaco letal, ni haré semejante sugerencia.» Parece claro que el texto se está refiriendo a la dispensación de venenos por parte del médico. Hay sobradas evidencias de que el envenenamiento era un modo usual de suicidio en Grecia. Una de ellas nos la ofrece Aristóteles, cuando escribe en la *Ética a Eudemo*: «No es valeroso ninguno de los que, como hacen muchos hombres, comete suicidio para huir del trabajo y de los padecimientos.» (*Et Eud*, III 1: 1229 b 30). Por su parte, Edelstein ha reunido testimonios que demuestran la dispensación de venenos por los médicos (Edelstein, p. 11, nota 15). El suicidio médicamente asistido, cuando la curación resultaba imposible, fue, según Edelstein, frecuente en Grecia y Roma. *This form of 'euthanasia' was an everyday reality*, dice (Edelstein, p. 12). El suicidio y la eutanasia se practicaban cuando ya no se podía vivir dignamente, y, por tanto, era imposible aspirar al *eu zen* y el *eu prattein*. Lo que sí estuvo prohibido en Grecia y denostado por los filósofos fue el suicidio y el homicidio de las personas que objetivamente tenían que buscar el *eu zen*, el vivir bien, y no la *eu-thanasia*, el morir bien. Lo sorprendente del texto del *Juramento* es que no parece aceptar esas excepciones, condenando el suicidio en general, cualquier tipo de suicidio. Eso es lo que ha llevado a Edelstein a situar el *Juramento* en un medio tan particular como el pitagórico. De todas las escuelas griegas, ésta es la única en la que encuentra condenaciones de la eutanasia y el aborto parangonables a las del *Juramento*.

La palabra eutanasia se utiliza, que sepamos, desde los tiempos del emperador Augusto, y hasta finales del siglo XIX significó el acto de morir pacíficamente y el arte médico de lograrlo. El primero que utiliza el término fue el historiador romano Suetonio, quien escribe: «Tan pronto como César Augusto oía que alguien había muerto rápidamente y sin dolor, pedía la eutanasia, utilizando esta palabra, para sí mismo y para su familia.» Está claro que el texto se refiere a las personas que no pueden ser curadas, y que por tanto han entrado en la fase de desahucio. Tal es la razón de que Plinio haga una lista de enfermedades en las cuales los médicos pueden acelerar la muerte. En la literatura clásica eutanasia y desahucio son términos correlativos.

El cristianismo asumió muy pronto la mentalidad naturalista griega, pero aboliendo la excepción de sufrimiento o enfermedad incurable. La razón estaba no sólo en el carácter de criatura de todos los seres, y en especial del ser humano, sino también y sobre todo en el carácter redentor del sufrimiento. Una nueva idea del sufrimiento dio lugar a una actitud también nueva ante la muerte, absolutamente extraña a la mentalidad griega. Para la mentalidad griega Dios no puede padecer ni morir; es impasible e inmortal. Y el hombre que aspira a la sabiduría, el filósofo, debe imitar a Dios, evitando el dolor y el sufrimiento.

Todo esto permitió dotar de una importancia hasta entonces inusitada al *Juramento* hipocrático, hasta convertirle en santo y seña de la ética médica. Y con ello, a la prohibición sin paliativos del aborto, el suicidio y la eutanasia. A partir de entonces, la medicina considerará por lo general esas prácticas como indignas, y las abandonará en manos de grupos marginales e incontrolados, tan abundantes y activos en toda la época medieval. La ética médica queda en manos de teólogos y sacerdotes, que son también quienes ocupan el primer plano en la asistencia a los moribundos. Eso explica que las novedades doctrinales procedan ahora de la teología. Los teólogos medievales se encargaron de determinar las obligaciones para con los moribundos, y a partir de ahí elaboraron todo un conjunto de distinciones llamadas a tener una enorme repercusión en todos los debates ulteriores sobre estos temas.

El resultado de todo este recorrido histórico es que la medicina occidental se ha entendido a sí misma, durante un largo período de su historia, no sólo como el arte de prevenir y restaurar la salud sino también el de ayudar a bien morir. Y ello por una razón estrictamente moral. La obligación de la medicina es no abandonar a las personas en esas situaciones, sino más bien lo contrario, ayudarles en su objetivo de morir bien. La función de la medicina es ayudar a vivir bien, a conseguir

la perfección y la felicidad. Pero cuando eso ya no es posible, entonces es obligación del médico ayudar a conseguir una buena muerte. La medicina no tiene por objeto evitar la muerte cuando ésta viene exigida por la propia naturaleza, ni tratar al paciente en esos casos como si pudiera curarse, sino en ayudarlo a morir.

Hay un criterio objetivo para discernir la corrección o incorrección de las prácticas eutanásicas en el paradigma clásico. Ese criterio se basa en la naturaleza del paciente, y por tanto puede y debe ser decidido por el especialista en naturaleza, es decir, por el *physio-lógos*, el fisiólogo o médico. No es primariamente el paciente quien puede tomar ese tipo de decisiones, sino el médico. Por supuesto que en situaciones claras el paciente sabe lo que le espera, y en ese sentido es lógico que decida por su cuenta. Pero en general cabe decir que la corrección o no de este tipo de actuaciones se considera propia de la medicina. Esta es una interesante peculiaridad del modelo clásico, que la decisión la establece en principio el profesional, el médico y no el paciente, ya que el criterio para tomar esa decisión debía ser objetivo, basado en el diagnóstico de la naturaleza del paciente y su pronóstico, y eso no podía hacerlo más que el médico.

En consecuencia, el paradigma clásico se caracteriza por unas cuantas notas. El principio de la moralidad se halla en la naturaleza y su orden interno, es decir, en la ley natural. Ella es la que hace tender a los seres humanos hacia la perfección y felicidad, el máximo deber moral, si no el único. La ley natural exige que las potencialidades de los seres vivos se actualicen, y que por tanto la vida no finalice antes de su término natural. Esta es la razón de que el suicidio y la eutanasia se hallen, en esas condiciones, prohibidas. Pero cuando la naturaleza se desmorona, cuando ya no es posible vivir con dignidad ni alcanzar la perfección y la felicidad, entonces la buena muerte es una obligación moral, lo mismo que antes lo era la buena vida. El criterio para distinguir cuándo el suicidio y la eutanasia pueden ser considerados moralmente correctos es objetivo, y viene dado por la propia naturaleza. Esto significa que no es en principio el propio paciente sino el médico quien tiene que hacer la indicación y llevarla a cabo. La eutanasia no es tanto un derecho del paciente cuando un deber del médico. De ahí que en principio no fuera necesaria la aceptación voluntaria por parte de éste. Esa es, quizá, una de las características fundamentales del modelo clásico, la realización del acto por parte del médico, sin el concurso directo de los pacientes.

Esto es lo que cambió en la Edad Media cristiana, en la que esas prácticas quedaron al arbitrio de personajes incontrolados y grupos

marginales. La profesión médica asumió sin cortapisas la ética del *Juramento hipocrático*, y en consecuencia la práctica de la eutanasia se sumergió en niveles menos visibles, pero no por ello desconocidos o inexistentes. Por lo demás, el papel rector de la teología en la asistencia a los moribundos hizo que ésta se ocupara de sus problemas e iniciara todo un proceso de reflexión que, como luego veremos, dio sus mejores frutos en la escolástica de los siglos XVI y XVII.

El paradigma autonomista o moderno

Es comprensible que siempre que la cultura europea ha intentado acercarse a los ideales del clasicismo, el tema de la relación entre desahucio médico y eutanasia haya aparecido de nuevo. Tal es lo que sucedió, concretamente, en el Renacimiento. Se salta de algún modo sobre la Edad Media y se vuelve a los ideales clásicos. De ahí que el término eutanasia, silenciado a todo lo largo del período medieval, aparezca de nuevo, con el sentido exacto que tuvo en la cultura grecorromana. Hay un famoso texto de Francis Bacon en su libro *De dignitate et augmentis scientiarum* (1605) en el que propone a los médicos superar la fase medieval, en la que el control de las fases terminales de la vida estaba en la manos de los pastores de almas y ayudar técnicamente a los enfermos a bien morir. «En nuestros tiempos, los médicos hacen cuestión de escrúpulo y religión el estar junto al paciente cuando éste está muriendo. En tanto que en mi opinión, si ellos no quieren ser molestados en sus consultorios, y también por humanidad, deben adquirir las habilidades y prestar atención a cómo puede el moribundo dejar la vida más fácil y silenciosamente. A esto yo lo llamo la investigación sobre la "eutanasia externa" o la muerte fácil del cuerpo (para distinguirla de la eutanasia que mira a la preparación del alma); y ponerla entre las cosas a conseguir.»

Es interesante que en el texto de Bacon es de nuevo el médico quien tiene que ocuparse de esas cuestiones. Es la vuelta al paradigma clásico. Textos en ciertos aspectos semejantes se encuentran en otros autores, como por ejemplo en la *Utopía* de Tomás Moro, en la que la decisión tiene que ser aprobada por un tribunal de sacerdotes y magistrados.

El renovado interés por el tema del final de la vida provocó un incremento de la reflexión teológica. Esto es evidente en el caso de la escolástica española del siglo XVI. De ella proceden distinciones funda-

mentales, que han repercutido en toda la historia posterior. Una, muy importante, es la distinción entre actos directos e indirectamente ociosos. La tesis de la teología moral va a ser que la muerte directa de una persona nunca puede justificarse moralmente, pero que sí puede aceptarse un acortamiento indirecto de la vida, es decir, querido sólo colateral o indirectamente. Otra distinción fundamental va a ser la realizada entre situaciones ordinarias y extraordinarias. Los esfuerzos extraordinarios nunca son moralmente exigibles, aunque ello conlleve un acortamiento de la vida o incluso la muerte. Estos criterios, elaborados por la teología renacentista, son los que permitieron, a lo largo de los siglos, el manejo de las situaciones terminales a los médicos.

Pero en el siglo xvii comenzaron a surgir críticas radicales al paradigma clásico. La más importante fue la crítica a la idea de naturaleza. El hombre moderno ya no cree que la naturaleza tenga un orden interno perfecto, y menos que ese orden sea principio de moralidad. El papel que en la filosofía clásica jugaba el orden de la naturaleza, lo desempeñará en la filosofía moderna el orden de la razón (entendida en un sentido muy amplio, no sólo cognitivo sino también emocional y volitivo). Esto es particularmente claro en el caso de la razón moral o práctica, en la que tan importante o más que el entendimiento es la voluntad. De hecho, el acto moral lo define más radicalmente que el entendimiento la voluntad. «Ni en el mundo, ni tampoco fuera de él, hay nada absolutamente bueno excepto una buena voluntad», dirá Kant. Una voluntad mala es siempre y necesariamente mala, y una voluntad buena es por necesidad buena. Bueno es idéntico a buena voluntad. Y como la libertad es una precondition de la voluntariedad, resulta que ahora el valor fundamental va a ser la libertad, el respeto de la libertad, y no el orden objetivo de la naturaleza. El resultado es que la heteronomía propia de las éticas antiguas cede el paso a la autonomía como criterio moral. Las morales modernas son autónomas o no son nada.

La ideología liberal surgió en los siglos xvii y xviii. Nació como libertad de conciencia, frente a las guerras de religión, y como afirmación de que todo ser humano es depositario de unos derechos humanos primarios e inalienables, entre los que están el derecho a la vida y a la integridad física, etc. Esto va a llevar a una conciencia cada vez más acentuada de lo propio a diferencia de lo ajeno, y también de lo público a diferencia de lo privado. En el mundo antiguo y medieval no hay una gran sensibilidad para la vida privada. Todo era público y privado a la vez. Tampoco había una gran conciencia de lo propio. Todo era pro-

pio y ajeno a la vez. Es el mundo moderno el que divide la vida en dos áreas perfectamente precisas, la pública y la privada.

Esas dos áreas se van a regir por principios morales distintos. La ética moderna, liberal, suele ser principialista. Esto es muy importante tenerlo en cuenta. No todas las éticas son principialistas, pero la ética liberal sí lo es. Los derechos humanos son sistemas de principios. Y la ética kantiana, por ejemplo, también lo es. La ética antigua se basaba en el binomio virtud-vicio. La ética moderna se basa en el binomio principios-consecuencias. Sin esto no se entiende la modernidad ética, ni tampoco los debates sobre la eutanasia.

Pues bien, ya desde un principio se comenzó a decir que los principios éticos que deben regir la vida pública son distintos de aquellos otros que han de invocarse en la vida privada. Es la gran distinción entre deberes perfectos o de justicia y deberes imperfectos o de beneficencia. Los primeros son aquellos que generan en los demás derechos correlativos, razón por la cual el cumplimiento de esos deberes puede ser exigido por los demás. Por eso se llaman deberes «perfectos», porque la llamada «sociedad perfecta», el Estado, tiene por función regular este tipo de deberes y vigilar su cumplimiento. La politología moderna, típicamente contractualista, considera que ése es el contenido del «contrato social» que da origen al Estado, nacido única y exclusivamente con ese fin. El contrato social es una creación voluntaria de los seres humanos, con un claro objetivo moral, la gestión de los deberes perfectos. Pero sólo de éstos. Hay otra esfera de deberes que no entra a formar parte del contrato, o que entra negativamente. Se trata de deberes que el Estado no puede gestionar, de modo que su única obligación es procurar que los individuos estén en condiciones de poder ejercerlos privadamente. Estos deberes son, pues, privados, a diferencia de los perfectos, que tienen carácter público. Ni que decir tiene que los deberes intransitivos, aquellos que no afectan directamente a otra u otras personas, no pueden en principio ser elevados a la categoría de deberes perfectos. Sería absurdo. Uno tiene deberes para consigo mismo, pero carece de sentido decir que esos deberes generan derechos en la misma persona.

De ahí deriva un criterio que la ideología liberal elevó a la categoría de principio para distinguir los deberes perfectos de los imperfectos. Ese criterio es la transitividad del acto, el que afecte a otras personas y lesione derechos suyos. Quizá fue John Stuart Mill quien expresó este criterio de modo más claro en su libro *Sobre la libertad*. He aquí sus palabras: «El objeto de este ensayo es afirmar un sencillo principio desti-

nado a regir absolutamente las relaciones de la sociedad con el individuo en lo que tengan de compulsión o control, ya sean los medios empleados la fuerza física en forma de penalidades legales o la coacción moral de la opinión pública. Este principio consiste en afirmar que el único fin por el cual es justificable que la humanidad, individual o colectivamente, se entremeta en la libertad de acción de uno cualquiera de sus miembros, es la propia protección. Que la única finalidad por la cual el poder puede, con pleno derecho, ser ejercido sobre un miembro de una comunidad civilizada contra su voluntad, es evitar que perjudique a los demás. Su propio bien, físico o moral, no es justificación suficiente. Nadie puede ser obligado justificadamente a realizar o no realizar determinados actos, porque eso fuera mejor para él, porque le haría más feliz, porque en opinión de los demás, hacerlo sería más acertado o más justo.»

De este criterio de demarcación entre los deberes públicos o perfectos y los privados o imperfectos se siguen ciertas consecuencias importantes. Una es que la gestión de la vida y de la salud cambia de signo. La ética naturalista pensaba que todo lo que atentara objetivamente contra la vida o contra la salud o integridad física debía ser prohibido no sólo por la moral sino también por el derecho y castigado severamente. Por supuesto, que sean atentados objetivos contra la vida y la integridad física no podía quedar al arbitrio de cada persona sino que debía definirlo quien estaba en los secretos de la naturaleza y por tanto de la ley natural; en este caso, el médico. La consecuencia es que la ética naturalista pensó siempre que todo acto que según ese criterio objetivo pudiera ser considerado atentatorio contra la integridad física, debía ser prohibido, aunque tuviera un carácter completamente intransitivo. Ese es el modo como los pensadores de mentalidad naturalista suelen entender los llamados «derecho a la vida» y «derecho a la salud». Vida y salud se definen de modo objetivo, externo al sujeto, de acuerdo con el criterio de la ley natural, y por tanto puede hablarse no sólo de un «deber» de conservar la vida y de no atentar contra la integridad física, incluso la propia, sino también de un «derecho», ya que éste se genera fuera del propio individuo, es heterónimo respecto a él, y por tanto puede imponerse como tal. En el naturalismo, pues, el derecho a la vida y a la integridad física es previo y superior al propio individuo, y además tiene un contenido objetivo, razón por la cual exige de los seres humanos un estricto respeto.

El liberalismo, sin embargo, va a entender esos derechos de modo muy distinto. Fue el liberalismo el que acuñó los términos «derecho a la

vida» y «derecho a la salud», pero dándoles un sentido básicamente negativo, de modo que por derecho a la vida entiende que nadie puede quitar la vida de otra persona, y que por tanto cada uno tiene derecho a que los demás no pongan fin su mi vida. Lo mismo cabe decir del derecho a la salud, o a la integridad física; lo que significa es que cada uno tiene derecho a que los demás no atenten contra su integridad física. Ya hemos dicho que para el liberalismo los derechos tienen siempre un carácter transitivo, y que carece de sentido hablar de derechos para con uno mismo. Esto significa que el derecho a la vida y el derecho a la integridad física no pueden utilizarse para prohibir actos intransitivos, ni para evitar que cada uno gestione su propia vida y su propia muerte. La gestión de la propia vida y de la propia muerte es, en principio, una cuestión privada, respecto de la cual todos tienen deberes para consigo mismos, pero no pueden elevarse a la categoría de derechos, ni por tanto ser exigidos coactivamente. Entre otras cosas, porque, a diferencia de la teoría naturalista, el liberalismo considera que en la definición de vida y de salud hay que incluir factores subjetivos, valores, y no sólo hechos. Esto significa que el criterio no puede ser nunca estrictamente objetivo, como se vino diciendo tradicionalmente, sino que cada uno definirá lo que es vida y lo que es salud, y gestionará ambas, de acuerdo con su propio sistema de valores. No hay duda que un hindú y un musulmán no entenderán vida y salud del mismo modo, no porque los hechos que juzgan sean distintos, sino porque lo son sus respectivos valores.

De todo esto se deducen varias consecuencias importantes en todo lo relacionado con el final de la vida. La primera es que ahora ya no es el médico quien puede, debe y tiene que definir lo que es vida y salud, y por tanto quien debe decidir lo que es correcto e incorrecto, sino el propio individuo. El es quien tiene el deber moral de gestionar su vida y su salud de acuerdo con sus propios valores y creencias, y la sociedad tiene que aceptar su criterio, salvo en el caso, como ya decía Mill, de que atente contra los derechos de otras personas. Lo contrario se llama ahora «paternalismo». El naturalismo gestionó la vida y la muerte de las personas de modo paternalista.

Otra consecuencia fundamental es que los actos puramente intransitivos no pueden ser objeto de sanción jurídica sino sólo de control moral. En la esfera del final de la vida, esto es lo que sucede o puede suceder en el caso del suicidio. El suicidio es por definición un acto intransitivo. El naturalismo lo consideraba perverso, dado que alteraba el curso natural de una realidad. Ahora, por el contrario, se considera que

el conservar la vida puede conceptuarse como un deber, pero nunca como un derecho. En consecuencia, no se puede prohibir. Este es el argumento que esgrimió ya a mediados del siglo XVIII, David Hume en su ensayo *Sobre el suicidio*. El hecho de que no pudiera publicarlo en vida dentro de su propio país demuestra hasta qué punto el tema resultaba inquietante. El viejo naturalismo consideró su publicación un atrevimiento intolerable. Todo suicida debía ser considerado un enfermo mental o un malvado, y en cualquiera de los dos casos debía ser prohibido. Esta tesis recibió importantes refuerzos a lo largo del siglo XIX. La aparición de la Psiquiatría como especialidad hizo posible dotar de una cierta base científica al suicidio patológico, y permitió a muchos hacer la inferencia de que todo suicidio era por definición patológico. El nacimiento, por otra parte, de la Sociología como ciencia, dio otro giro al asunto, e hizo ver que el suicidio era más un asunto social que propiamente individual. En consecuencia, no podía ser tratado como un acto intransitivo o individual, sino colectivo y social. El libro de Emile Durkheim, *El suicidio*, publicado en 1897, es buena prueba de ello. El suicidio es, por tanto, siempre patológico, bien por patología psicológica, bien por patología social. Pero poco a poco se ha ido imponiendo la tesis, ya en nuestro siglo, de que tanto el factor psicológico o psiquiátrico como el sociológico, sin duda importantes y a veces decisivos, no pueden explicar todos los suicidios. Cabe el suicidio racional, lúcido, por más que se halle siempre afectado por condicionantes psicológicos y sociales, y ese suicidio no puede ser en buena lógica penalizado por el derecho ni elevado a la categoría de deber perfecto. Esa es la razón de que en las últimas décadas los códigos penales de la mayoría de los países occidentales hayan suprimido los artículos en que penalizaban el suicidio. En el caso del suicidio consumado la penalización era inútil y la pena inaplicable. Con lo cual se caía en la paradoja de que el único suicidio delictivo era el frustrado.

Por suicidio entendemos el acto de poner fin directa y activamente a la propia vida. Algo que resulta siempre agresivo para la sensibilidad y para la conciencia de los demás seres humanos. Unas veces, porque el hecho nos resulta incomprensible, en cuyo caso lo más probable es que se haya debido a un trastorno mental que ha impedido actuar a la persona de un modo coherente con su propio sistema de valores, razón por la cual debería habersele tratado como un incapaz, protegiéndole de sí mismo. Y otras, porque entendemos las razones que le han hecho considerar la muerte como preferible a la vida. Ese conflicto tiene siempre carácter trágico. Cuando alguien prefiere morir a vivir del modo como lo está haciendo, se halla en una situación trágica, está viviendo

una tragedia. Si en ella tenemos los demás individuos humanos algo que ver y que hacer, es decir, si esa tragedia se ha debido a una injusticia social, familiar, laboral o de otro tipo, es lógico que nos sintamos profundamente afectados, y que el suicidio adquiera caracteres de denuncia moral. Por más que el suicidio sea en principio un acto intransitivo, en los dos casos descritos no lo es de modo suficiente, y por ello se convierte en una denuncia moral. Algunos o todos teníamos deberes con esa persona que no hemos sido capaces de cumplir.

Lo malo de las tragedias es que no son solucionables. Si así fuera, desaparecerían en una sociedad bien ordenada o perfecta. Y eso no es así. Siempre habrá tragedias. Siempre habrá personas que consideren preferible la muerte a seguir viviendo, por cuestiones que nosotros no podemos resolver; por ejemplo, la enfermedad invalidante, el dolor intratable, el sufrimiento psicológico, el riesgo de indignidad moral, la coherencia con el propio credo religioso, etc. Este es un fenómeno universal: todos queremos vivir, pero no a cualquier precio. Cuando el conservar la vida se hace a costa de otros valores, religiosos, morales, culturales, o simplemente biológicos, como el dolor o el deterioro físico, entonces podemos llegar a preferir la muerte. Esa es la tragedia, que se vive como tal aun en los casos en que no está en nuestras manos el ponerla remedio, y en que por tanto no supone una directa incriminación moral. Las tragedias lo son siempre, incluso cuando no nos culpabilizan o no nos sentimos culpables de ellas. Se trata de situaciones trágicas, pero a la vez comprensibles y respetables; y que como la sociedad no puede remediar, tiene necesariamente que respetar silenciosamente. Para el naturalista, ese respeto se limitaba a las situaciones naturalmente inmodificables. Para el liberal, por el contrario, el respeto cubre no sólo los hechos físicos y biológicos, sino también los valores religiosos, morales, etc., de una persona, razón por la cual considera cualquier intervención en contrario como un atentado contra la dignidad de las personas, lo que ha llevado a elaborar la figura de los «tratos inhumanos y degradantes». No se trata primariamente de torturas físicas sino de falta de respeto al sistema de valores asumido como propio por cada uno. Los tratos inhumanos y degradantes son la consecuencia lógica del punto de vista liberal.

Todo esto ha tenido una repercusión directa en la medicina y la asistencia sanitaria de las últimas décadas. De hecho, toda la teoría del consentimiento informado tiene aquí su base. Lo que esa doctrina dice es que el paternalismo que la época naturalista ya no es de recibo, y que en principio, y salvo excepciones, nadie puede actuar en el cuerpo

de otra persona sin informarla de ello y recibir su autorización. Lo demás es pura y simple agresión física, por más que tenga por objeto procurar al sujeto algo que el profesional considera un beneficio. Como ya dijo Mill, esto último no es suficiente, ni hace sin más correcta la actuación.

La aplicación de esta doctrina general a las cuestiones relacionadas con el final de la vida tiene dificultades especiales. Y ello por varias razones. Una, porque en las situaciones agudas y críticas no suele haber tiempo para indagar las creencias y valores de los pacientes y cumplir con los requisitos del consentimiento informado. Y otra, porque en las situaciones crónicas y terminales los pacientes ya no se hallan, con frecuencia, en condiciones de poder expresar sus deseos y preferencias. Como, por otra parte, la tragedia médica por antonomasia se genera siempre cuando el paciente se niega a aceptar algún procedimiento que permita prolongar, poco o mucho, la vida, resulta que los profesionales suelen resolver estas situaciones volviendo a los viejos esquemas naturalistas y decidiendo ellos en las fases finales de la vida lo que debe y no debe hacerse con el paciente.

Ese modo de proceder debe considerarse, desde los presupuestos propios de la teoría liberal, como rigurosamente incorrecto, atentatorio contra la dignidad de la persona y quizá incurso en la figura de los tratos inhumanos y degradantes. De ahí que desde dentro de la propia teoría liberal se hayan ideado procedimientos especiales para respetar la voluntad de los pacientes en las situaciones críticas y terminales. Estos procedimientos especiales siempre consisten en lo mismo, en la declaración anticipada por parte del paciente de lo que quiere y no quiere que se haga con él en la fase final de su vida. De ahí que todos estos documentos reciban el nombre genérico de «directrices anticipadas» (*Advanced directives*). Se trata de manifestaciones de voluntad testificadas documentalmente y reiteradas a lo largo del tiempo, en las que los sujetos especifican las actuaciones que «no» quieren o a las que renuncian. Una de estas manifestaciones son los llamados «testamentos vitales» (*Living wills*), en los que detallan las técnicas de soporte vital que no quieren que se les apliquen, caso de sufrir determinadas enfermedades o patologías, que también se especifican. Otra de esas manifestaciones son las llamadas «órdenes de no reanimación» (*Do not resuscitate orders*), cuando son el resultado de la renuncia del paciente y no simplemente del juicio del profesional. Finalmente, y dada la dificultad de que la situación clínica real del paciente llegue a coincidir con lo establecido por él en las directrices anticipadas, ha ganado importancia

en los últimos lustros otro tipo de documentos que tienen por objeto nombrar un mandatario, apoderado o tutor, por lo general la persona de más confianza y que mejor conoce los valores del paciente, a fin de que él tome las decisiones oportunas, caso de que el paciente ya no pueda hacerlo debido a su deterioro físico o mental. Su nombre genérico en castellano puede ser el de «poderes de representación legal». En inglés estos documentos se conocen con el nombre de *Durable power of attorney*, que quizá pudiera traducirse al castellano por «poder durable ante notario» o «nombramiento de apoderado o mandatario» (Ultimamente empieza a hablarse entre nosotros de las «autotutorías», es decir, la designación que hace una persona ante notario, cuando está en perfecto uso de sus facultades, de un tutor para que le represente en caso de incapacidad mental. Estos documentos no están explícitamente aceptados por nuestro Derecho, pero tampoco rechazados). El problema de traducción no es sencillo, ya que esas figuras no tienen un equivalente legal en nuestro ordenamiento jurídico, lo que demuestra bien hasta qué punto la perspectiva liberal se halla aún lejos de haber agotado su andadura en nuestro medio.

Las directrices anticipadas, como ya señalábamos, tienen por objeto determinar con la mayor precisión posible lo que el paciente «no» quiere que se le haga. Su función o papel es, por tanto, negativo. De ahí su limitación, y hasta su insuficiencia. En los últimos años se ha iniciado un interesantísimo movimiento para ir más allá, y enfocar el problema en forma positiva. De lo que se trata, pues, no es de conocer lo que el paciente no quiere, sino de lo que quiere; por tanto, tener una idea clara de sus valores, de los valores que informan su vida y planificar con él la asistencia sanitaria que se le va a prestar. Lo primero, el análisis de su sistema de valores, es lo que ha dado lugar a un interesantísimo documento, conocido con el nombre de «historia de valores» (*Value history*). Lo segundo, la planificación en positivo de su asistencia sanitaria, a la llamada «planificación anticipada» (*Advance care planning*). Se trata de dos documentos fundamentales, llamados a jugar un importantísimo papel en la asistencia sanitaria del próximo futuro. En el paradigma clásico los médicos habían utilizado un documento para tomar decisiones sobre el cuerpo y la vida de sus pacientes, la llamada «historia clínica». Este documento trataba de identificar los «hechos» clínicos objetivos, excluyendo lo más posible todos los factores subjetivos, entre ellos los valores. Pues bien, lo que ahora se intenta es completar la clásica historia clínica con otro documento, de estructura hasta cierto punto similar, en que se realiza la anámnesis y exploración de los «valores» del paciente, en el convencimiento de que éstos son tan

importantes al menos como los hechos clínicos para una correcta asistencia sanitaria.

Conviene insistir sobre el hecho de que ninguno de estos documentos tiene hoy vigencia real en nuestro medio, ni médica ni jurídica. Se trata de una situación comprensible pero anómala, que habrá de irse corrigiendo en el próximo futuro. La tarea más importante que la medicina española tiene delante de sí en el intento por dignificar el manejo adecuado de los pacientes críticos y terminales no es la gestión más correcta de los «hechos» clínicos sino la objetivación y el respeto de los «valores» de los pacientes, y por tanto de sus decisiones. Mientras esto no suceda, el criterio básico seguirá siendo naturalista, con el riesgo de estar incurriendo en actos inhumanos y degradantes, unas veces por sobretratamiento y otras por infratratamiento.

La situación actual

Una de las tesis básicas de la ética liberal era que el ser humano no puede disponer de la vida de los demás pero sí de la suya propia. El párrafo citado de John Stuart Mill lo dejaba sobradamente claro. La gran barrera, pues, estaba en la transitividad o no del acto. Los actos intransitivos podían y debían ser gestionados privadamente, pero no así los transitivos, sobre todo aquellos que afectan a derechos de las personas, al derecho a la vida o al derecho a la integridad física. En consecuencia, pues, la teoría liberal clásica diferenciaba claramente la moralidad del suicidio de la del homicidio, y la capacidad del paciente para «rechazar» ciertos tratamientos de su legitimación para pedir a otro que ponga mediante un acto transitivo fin a su vida, por muy degradada que se halle. Dicho en otros términos, la teoría liberal aceptaba el suicidio lúcido y el rechazo de tratamiento por parte de los pacientes competentes, pero no el homicidio ni la eutanasia (entendida como el acto realizado en el cuerpo de otra persona con la intención directa y expresa de poner fin a su vida, a petición cierta e inequívoca de ésta).

A comienzos de los años setenta, sin embargo, las cosas comenzaron a complicarse y se inició un fuerte debate, en el que acabó involucrada toda la sociedad norteamericana. Ello se debió a varios casos célebres. El primero fue el caso Baby Doe de Johns Hopkins, ocurrido en 1971. Se trataba de un recién nacido afecto de síndrome de Down y atresia intestinal, que ante el rechazo de sus padres fue dejado morir sin tratamiento. En 1973, Duff y Campbell publicaron una revisión de

los usos en las unidades de neonatología del Hospital Yale-New Haven, y llegaron a la conclusión de que entre 1970 y 1972, al 14 % de los recién nacidos con deficiencias severas se les había dejado morir sin tratamiento. Como consecuencia de esos hechos, se inició una fuerte polémica, que dio lugar a una declaración de la American Medical Association en el año 1973. La declaración, realizada por la House of Delegates el 4 de diciembre de 1973, decía lo siguiente:

La terminación intencional de la vida de un ser humano por otro —homicidio por compasión (mercy killing)— es contrario a aquello para lo que existe la profesión médica y contrario a la política de la Asociación Médica Americana.

El cese del empleo de medios extraordinarios a fin de prolongar la vida del cuerpo cuando existe irrefutable evidencia de que la muerte biológica es inminente es decisión del paciente y/o de su familia próxima. El consejo y juicio del médico debería estar libremente accesible al paciente y/o a sus familiares más próximos.

Resulta evidente, de la simple lectura del texto, que intenta ser un resumen de la doctrina liberal. Se condena la eutanasia, considerándola incompatible con los fines propios de la profesión médica, y se permite la retirada de tratamientos cuando el paciente o sus familiares así lo solicitan y la muerte se halla próxima. El primer párrafo, pues, está dedicado a la condena moral y profesional del «matar» (*killing*), incluso por piedad, y el segundo a las condiciones que hacen permisible el «dejar morir» (*letting die*).

Esto es lo que originó la polémica, que además se vio incrementada a partir de abril de 1975 al saltar a la prensa el caso Karen Ann Quinlan. Las primeras críticas al documento de la AMA tuvieron un corte marcadamente consecuencialista. Tal fue la posición defendida por James Rachels en un artículo publicado en enero de 1975, y que a la vez dio lugar a réplicas y contrarréplicas. Desde el puro análisis de las consecuencias, argumenta Rachels, el dejar morir puede ser tan inmoral o más que el matar. De hecho, hay situaciones en que el poner fin activamente a la vida de otra persona parece más humano que dejarla morir. Y es que lo decisivo no es el «medio» que se use para terminar con la vida de una persona, sino la corrección del objetivo que se persiga. Si se deja morir a quien no debería morir, se está actuando incorrectamente, por más que el acto parezca intransitivo. En el fondo, se trataría de un acto transitivo, como reconoce el derecho penal, al tipificar los delitos de «comisión por omisión». No parece, pues, que la moralidad del acto dependa de su carácter transitivo o intransitivo, sino de otros

factores. Dejar morir puede ser moralmente incorrecto y matar, dice Rachels, puede ser moralmente correcto. Por tanto, no tiene sentido aceptar las directrices previas, por una parte y por otra condenar la eutanasia, definida como antes se ha hecho. Si se aprueba moralmente lo primero, debe concluirse que también lo segundo es correcto. Todo el debate moral sobre la eutanasia gira en torno a un pseudoproblema.

Esta opinión se extendió rápidamente, consiguiendo una aceptación no total, pero sí muy importante. Cuando, por ejemplo, la Comisión Presidencial norteamericana nombrada para estudiar los problemas éticos en biomedicina se planteó en 1983 el problema de la actitud de los profesionales sanitarios ante la muerte (en su informe *Deciding to Forego Life-Sustaining Treatment*), tuvo que analizar esta polémica, y ante la diferencia de opiniones pidió consejo a un pequeño grupo de filósofos que actuaban como consultores de la Comisión. La respuesta de éstos no se hizo esperar. A su entender, la distinción entre matar y dejar morir, o entre acción y omisión, carecía de toda relevancia moral, por más que estuviera perfectamente justificada desde el punto de vista psicológico. A pesar de ello, la Comisión decidió promover el respeto de las voluntades de los pacientes que rechazan técnicas de soporte vital, pero no la eutanasia (como demuestra bien el título del informe, *Decidiendo abandonar las técnicas de soporte vital*).

Entre los eticistas, todos los que mantenían posturas consecuencialistas o utilitaristas, desecharon la distinción por irrelevante. El punto moralmente significativo era el resultado, el beneficio resultante, no el medio por el que se consiguiera. Sin embargo, quienes mantenían posturas deontologistas se resistieron a aceptar esta conclusión. Pensaban que había algo que hacía moralmente relevante la distinción entre acción y omisión, o entre matar y dejar morir. Con lo cual se vieron en la obligación de explicitar los argumentos en que fundaban su sospecha. No fue tarea fácil, entre otras cosas porque dentro del deontologismo hay diferentes escuelas y los argumentos aducidos por cada una son distintos.

Una primera fue la argumentación ofrecida por quienes defienden un deontologismo fuerte, es decir, aquellos que piensan que los principios morales toman la forma de prohibiciones absolutas y sin excepciones. Es el caso de ciertos moralistas católicos y de algunos otros filósofos morales, como Elizabeth Anscombe. Basados en ciertos textos de Santo Tomás de Aquino, éstos creyeron poder justificar la distinción sobre la base de la diferencia entre «querer» y «permitir», o, por utilizar la terminología propia de la teología clásica, entre «voluntad de bene-

plácito» y «voluntad permisiva». El resultado moral de esta distinción fue la llamada «doctrina del doble efecto» o del «voluntario indirecto». Esta teoría dice que la moralidad de un acto viene definida, al menos parcialmente, por su intencionalidad, y que la intención directamente querida tiene que ser siempre buena. Lo cual no significa que no puedan aceptarse, colateralmente, efectos perjudiciales. Lo que sucede es que éstos no pueden ser nunca directamente queridos sino sólo permitidos, tolerados. No es lo mismo querer que permitir o tolerar. Sucede como en el uso de los fármacos, que deben darse para conseguir fines beneficiosos, aunque sepamos positivamente que también tienen efectos colaterales o secundarios dañinos. Estos no se quieren, como lo demuestra el hecho de que si se pudieran suprimir, habría obligación moral de hacerlo, pero sí se permiten o toleran como una especie de mal menor.

La tesis católica ha sido que el poner directa y activamente fin a la vida de otra persona es siempre malo y que por tanto nunca puede ser querido en sí mismo. En consecuencia, éste es un acto intrínsecamente perverso. Pero a veces sí puede ser permitido o tolerado, como mal menor. Esto sucedería, por ejemplo, cuando intentamos calmar el dolor de una persona mediante una terapéutica que colateralmente puede acortar su vida. Lo que directamente se busca es la sedación del dolor, y el acortamiento de la vida sólo se quiere con voluntad permisiva; es decir, no se quiere directamente, sólo se permite o tolera como mal menor. Por tanto, es algo que sucede «pasivamente», sin que sea buscado directa y «activamente». Habría, pues, distinción moral entre acción y omisión; no siempre, ciertamente, pero sí en ciertas situaciones. Es la misma diferencia que existe entre la voluntad de beneplácito y la voluntad permisiva, que llevó a los teólogos a decir que Dios permite el pecado pero no lo quiere directamente. Ni que decir tiene que este tipo de argumentación se basa en criterios y principios que hunden sus raíces en la mentalidad que antes hemos llamado naturalista. Hay cosas que van contra la ley natural, que por tanto son intrínsecamente perversas y no pueden ser queridas directamente sino sólo indirectamente; es decir, no queridas sino permitidas. Por tanto, no se las puede convertir en objetivo de un «acto» sino sólo en consecuencia negativa que no impeditos que suceda; en una «permisión».

Ni que decir tiene que la ética liberal deontológica no razona de la misma manera, ni utiliza los mismos argumentos. Como ya dijimos, esta ética usa de preferencia el lenguaje de los derechos y los deberes. Hay diferentes tipos de derechos y deberes. Una distinción importante

es la que separa los derechos negativos de los positivos. Los deberes negativos o de prohibición son distintos de los deberes positivos o de promoción o de virtud. Tenemos, por ejemplo, más obligación de no hacer mal que de hacer el bien. Esto le llevó a David Ross a mantener que «el deber de no maleficencia es reconocido como distinto y como *prima facie* más vinculante» que el deber de beneficencia. Para Ross la no maleficencia es en principio (*prima facie*) más vinculante, y por tanto la diferencia es relevante desde el punto de vista moral, aunque eso no significa que no haya otros factores, también relevantes, que deban ser tenidos en cuenta, de modo que al final no pueda resultar superior el deber de beneficencia al de no maleficencia. Los deberes no son para Ross absolutos, como lo serían para un naturalista, y siempre pueden verse superados por otros más vinculantes en una situación concreta. La diferencia entre no maleficencia y beneficencia es relevante, pero no definitiva.

Algo similar a este análisis de los deberes cabe decir de los derechos. La teoría liberal de los derechos humanos distingue los derechos llamados negativos de los positivos. Los primeros son más vinculantes, tienen un carácter más primario y fundamental. Por tanto, hay veces que estamos obligados a «no hacer», es decir, a «omitir», pero no a «hacer», a «actuar». Hay situaciones que no nos permiten actuar y si nos obligan a respetar la decisión que el otro ha tomado, aunque no estemos de acuerdo con ella, o aunque la consideremos perjudicial para él.

Ahora bien, si eso es así, resulta que *caeteris paribus*, es decir, cuando todas las demás características del acto permanecen iguales, la distinción entre hacer y omitir puede tener relevancia moral. Tal fue el argumento esgrimido contra James Rachels por Philippa Foot en 1981. También cabe decir que esa distinción resulta *prima facie* relevante, aunque luego, a la vista de otros factores morales también relevantes, pueda perder en situaciones concretas importancia práctica, de tal modo que acabe siendo indiferente en esos casos concretos la distinción entre no maleficencia y beneficencia. Bien mirado, es perfectamente lógico que la teoría liberal, aquella que ha establecido la distinción entre derechos humanos negativos y positivos y deberes de no maleficencia y deberes de beneficencia, diferencie moralmente la acción de la omisión y, por tanto, el matar del dejar morir. Lo contrario obligaría a invalidar todo el edificio de la ética liberal, cosa que ninguno de los detractores de la distinción ha pretendido hacer, o al menos ha hecho hasta el momento.

Por lo demás, si en algún espacio la distinción tiene cabida por derecho propio es en bioética. No en vano esta disciplina ha distinguido con firmeza, ya desde sus orígenes, los deberes de no maleficencia de aquellos otros de beneficencia. Ciertamente que hay deberes de no maleficencia que consisten en acciones y no sólo en omisiones, y que por tanto no se pueden identificar sin más como deberes de no maleficencia las omisiones y como deberes de beneficencia las acciones. Sería absurdo. Lo único que se quiere decir, como Philippa Foot señala con energía, es que *caeteris paribus*, en igualdad de condiciones, dos actos pueden ser moralmente distintos por el hecho de consistir en acción o en omisión. La diferencia entre acción y omisión tiene, por tanto, una *cierta* relevancia moral. Hay veces que actuar es maleficente y no actuar resulta no maleficente, aunque desde luego no sea beneficiante. No hay dos términos, beneficiante-maleficente, sino cuatro: beneficiante-no beneficiante; maleficente-no maleficente. No todo lo no beneficiante es maleficente, ni todo lo no maleficente es beneficiante. La voluntad permisiva, el mal menor, el voluntario indirecto, la omisión y la permisividad están en el orden de lo no maleficente. Hay veces que esto es así, aunque otras es obvio que la mera permisividad resulta ya maleficente.

Esta conclusión coincide con lo que se puede llamar el «sentido moral» de nuestras sociedades, que perciben, bien que confusamente, la relevancia moral de la distinción, por más que les resulte difícil explicarla. Eso es lo que hace tan contraintuitiva la aceptación de la eutanasia. Y ello aun admitiendo que los argumentos a favor o en contra no son absolutos ni apodícticos sino sólo *prima facie*. El principio de no maleficencia, como cualquier otro principio moral, tiene un contenido variable, que cambia con el tiempo. Hasta hace muy pocos años era normal afirmar que la pena capital no era maleficente; hoy tiende a pensarse lo contrario. Lo mismo cabe decir del tema de la eutanasia. Por más que la distinción entre activo y pasivo tenga relevancia moral, ella no tiene por qué ser necesariamente la que decida la moralidad entera del acto. Habrá que incluirla con todos los demás factores, también relevantes, y a la vista de todos ellos tomar una decisión prudente que, por supuesto, podrá y deberá ser revisada cada cierto tiempo.

Así se explica que incluso quienes han optado por la aceptación moral de la eutanasia, hagan todo lo posible por disminuir la transitividad del acto. Un ejemplo paradigmático de esto lo constituyen las leyes norteamericanas de los Estados de la costa pacífica sobre la ayuda a morir. Aquellas propuestas de ley que tenían por objeto legalizar la eu-

tanasia pasiva, fueron aprobadas sin ninguna resistencia. Por el contrario, aquellas otras que intentaron legalizar la eutanasia activa y directa, chocaron con resistencias a la postre invencibles (Iniciativa 119 del Estado de Washington, 1991; Propuesta 161 del Estado de California, 1992). No es un azar que en el Estado de Oregón tuvieran que cambiar de táctica, intentando disminuir todo lo posible la transitividad del acto (Medida 16, Estado de Oregón, 1994). Esta disminución de la transitividad es lo que ha hecho surgir, frente al concepto de «eutanasia», el de «suicidio asistido». El suicidio es básicamente intransitivo, a diferencia del homicidio. La transitividad se reduce, pues, al adjetivo asistido, y la asistencia, como se advierte con toda claridad en la propuesta legal del Estado de Oregón, ha de ser siempre indirecta.

La excepción parece ser el caso holandés, ya que en él se ha legislado directamente la eutanasia, es decir, la intervención en el cuerpo de otra persona, con la intención directa de poner fin a su vida. En este caso, ciertamente, no puede hacerse recaer toda la moralidad del acto sobre la distinción de su carácter transitivo o intransitivo. No hay duda que el procedimiento holandés es transitivo. Lo cual demuestra, como ya insinuábamos antes, que la moralidad de la eutanasia depende de distintos factores, uno de los cuales es la transitividad, pero no el único, ni quizá el más importante. En todas las definiciones actuales de eutanasia se incluye como un elemento constitutivo la voluntariedad del acto; es necesario que se actúe en el cuerpo de otra persona con la intención directa de poner fin a su vida. Este es el siguiente factor que tenemos que analizar, el de la intencionalidad directa o voluntariedad del acto. Es el objetivo del siguiente párrafo.

Antes, sin embargo, conviene recapitular el debate en torno a la distinción entre matar y dejar morir. Este debate comenzó en un momento muy preciso, el año 1973 y en un medio muy determinado, la filosofía analítica anglosajona. Es importante no perder esto último de vista. Toda la polémica se desarrolló entre filósofos de formación analítica. De acuerdo con ese método filosófico, lo que intentaron fue definir con la mayor precisión posible los conceptos de matar y dejar morir, y ver si de este modo eran capaces de establecer sus diferencias intrínsecas; en caso contrario, habría que concluir que la distinción no era analíticamente relevante. Tras veinte años de polémica, cabe concluir que nadie ha sido capaz de establecer con total precisión las diferencias *analíticas* entre esos dos términos o conceptos, en tanto que morales. No parece, pues, que sea posible establecer entre ellos una diferencia moral estricta, *al menos desde el punto de vista analítico*. Esta

última precisión es importante, pues está por demostrar que el método analítico sea el más adecuado para establecer la relevancia moral de un concepto. Podría suceder que ése no fuera el método más adecuado, y que por tanto la relevancia moral no esté directamente relacionada con la posibilidad o no de diferenciar tajantemente ambos conceptos. De hecho, ya desde los años setenta se levantaron voces muy críticas a propósito de la pertinencia del método analítico para la ética. La más crítica fue, probablemente, la de Stephen Toulmin, cuando en 1982 denunció la esterilidad ética del proceder propio de la filosofía analítica.

No deja de ser curioso que a pesar del fracaso espectacular de los filósofos en su intento por establecer con precisión las diferencias morales completamente precisas entre matar y dejar morir, la diferencia entre estos dos términos haya seguido conservando su relevancia *práctica*. De hecho, la declaración de la AMA que desencadenó la polémica no tenía ninguna pretensión teórica o filosófica sino estrictamente práctica. Y lo mismo cabe decir del volumen de la *President's Commission*. Esto es importante, porque parece significar que la relevancia moral no procede del hecho de que los dos conceptos sean analíticamente definibles con toda precisión como moralmente distintos. ¿Y si su relevancia moral no dependiera de ese factor? La racionalidad moral no es matemática, ni analítica sino deliberativa y prudencial, como Aristóteles estableció y, por ejemplo, ha defendido Toulmin. Eso quiere decir que en un determinado momento puede resultar prudente poner el límite en un cierto punto, aunque ese límite no tenga carácter absolutamente preciso. La racionalidad propia de la ética, como en general la de todas las disciplinas prácticas, no es la matemática ni tampoco la analítica, sino la deliberativa y prudencial. La prohibición del matar puede no ser completamente definible analíticamente, a pesar de lo cual puede resultar prudente establecer ahí el límite. Límite que, por supuesto, no es absoluto y que por tanto puede ser abolido más adelante, o ante la concurrencia de ciertas circunstancias concretas. Eso es lo que dice la racionalidad prudencial, que no sólo no aspira a ser absoluta, sino que si lo fuera dejaría por ello mismo de ser prudencial. La prudencia consiste en la toma racional de decisiones en condiciones de incertidumbre. Y si la distinción fuera absolutamente precisa, la incertidumbre dejaría de existir.

De todo esto se deduce que la distinción entre ganar y dejar morir no tiene una clara relevancia analítica, pero sí parece tenerla práctica. Le sucede lo mismo que a casi todos los otros conceptos éticos de contenido deontológico. Así, por ejemplo, a la distinción entre no-malefi-

encia y beneficencia le sucede exactamente lo mismo. La diferencia entre esos dos conceptos no es rigurosamente analítica sino práctica. Es, en última instancia, una convención establecida deliberativamente la que dota de contenido a esos dos términos. Y precisamente porque su contenido tiene carácter sólo prudencial, puede, debe y tiene que estar en revisión continua. No hay una definición única, absoluta y definitiva de no-maleficencia. Se ha intentado mil veces y otras tantas el intento ha conducido al fracaso. Los conceptos éticos tienen una lógica peculiar, que desde luego no es la propia de la matemática ni del método analítico.

El principio del doble efecto

Pero el análisis de la transitividad o no de los actos no agota el problema moral de la eutanasia. Porque si bien parece claro que debe prohibirse la acción realizada en el cuerpo de otra persona con la intención directa de poner fin a su vida, no lo es tanto, muy al contrario, resulta sumamente oscuro que esa prohibición pueda ampliarse o aplicarse a ese mismo acto, cuando se realiza sin la intención directa de poner fin a su vida. Hasta tal punto es esto así, que hoy a ese tipo de actuaciones no se las considera eutanásicas. La eutanasia la hemos definido antes como la acción realizada en el cuerpo de otra persona, a petición explícita y reiterada de ésta, con la intención directa de poner fin a su vida. En el concepto actual de eutanasia juega un papel nuclear no sólo el hecho objetivo en sí, sino también la intención. No existe una sola definición de eutanasia en la que no se incluya como uno de sus elementos la intención. Y ello porque la medicina —y no sólo la medicina— realiza continuamente en el cuerpo de los pacientes actuaciones que objetivamente son exactamente iguales que las eutanásicas, y que sólo se diferencian de ellas por la intención.

Este es un punto que merece un cierto análisis. La mutilación es un acto objetivamente incorrecto, pero que cambia su moralidad cuando se hace para salvar la vida a un ser humano. Lo mismo cabe decir de la analgesia. Nadie pone hoy en duda la legitimidad del tratamiento del dolor, aun en aquellos casos en que ello pueda suponer un acortamiento de la vida de los pacientes. Esto puede justificarse de varios modos distintos. La tradición moral católica ha solido justificar ese tipo de actuaciones mediante el principio del doble efecto, también llamado principio del voluntario indirecto. Conviene recordar, en cualquier caso, que el origen de ese principio no está en los moralistas católicos sino

en el propio Aristóteles. Se olvida con frecuencia que fue el párrafo en que Aristóteles definió las acciones «mixtas» el que dio lugar a todos los desarrollos ulteriores. Quizá conviene recordar el texto aristotélico. Dice así: «En cuanto a lo que se hace por temor a mayores males o por una causa noble —por ejemplo, si un tirano mandara a alguien cometer una acción denigrante, teniendo en su poder a sus padres o sus hijos y éstos se salvaran si lo hacía y perecerían si no lo hacía—, es dudoso si debe llamarse involuntario o voluntario. Algo semejante ocurre también cuando se arroja al mar el cargamento en las tempestades: en términos absolutos, nadie lo hace de grado, pero por su propia salvación y las de los demás lo hacen todos los que tienen sentido. Tales acciones son, pues, mixtas, pero se parecen más a las voluntarias, ya que son preferibles en el momento en que se ejecutan, y el fin de las acciones es relativo al momento. Lo voluntario, pues, y lo involuntario se refieren al momento en que se hacen; y se obra voluntariamente porque el principio del movimiento de los miembros instrumentales en acciones de esa clase está en el mismo que las ejecuta, y si el principio de ellas está en él, también está en su mano el hacerlas o no. Son, pues, tales acciones voluntarias, aunque quizá en un sentido absoluto sean involuntarias: nadie, en efecto, elegiría ninguna de estas cosas por sí mismo.» (Aristóteles, *Ética a Nicómaco* III 1: 1110 a 3-19). A partir de este texto se elaboró, durante la Edad Media, toda la doctrina del voluntario indirecto o del doble efecto. Este principio dice que un acto del que se desprenden consecuencias buenas y malas, puede ser moralmente aceptable cuando hay proporcionalidad entre esas consecuencias, y lo directamente pretendido o querido son los efectos beneficiosos, no los contrarios. Así, al aumentar la dosis de morfina en un paciente es posible que se le esté acortando la vida, o incluso matando, pero ello no podría considerarse eutanasia, siempre y cuando se cumplieran unas cuantas condiciones: que no hubiera otro modo de calmarle el dolor y que lo directamente buscado sea la analgesia y no su muerte.

Hasta tal punto se diferencia esa situación de la eutanasia propiamente dicha, que hoy no suele llamarse así lo que en ciertos libros todavía aparece como «eutanasia activa indirecta». La eutanasia propiamente tal es sólo la directa, por tanto aquella en que la voluntad de quien realiza el acto es directamente occisiva, además de serlo también la de quien lo recibe. En la llamada impropiedades eutanasia activa indirecta la voluntad de quien recibe el acto puede ser o no la de morir, pero la de quien lo realiza no es el matar. Esa es la diferencia.

Esto significa, repito, que la voluntariedad juega un papel fundamental en la definición de los actos eutanásicos. Por eso es de aplicación el principio del voluntario indirecto. Este principio ha sido muy criticado, aduciendo que la voluntariedad es siempre subjetiva y no debe entrar en los debates sobre la moralidad de las acciones. Y es cierto que a un determinado nivel de discusión la buena o mala voluntad no debe jugar ningún papel en la moralidad de los actos. Pero en otro nivel es obvio que sí lo desempeña. De hecho, el móvil es uno de los factores fundamentales en la definición de las acciones morales. Eso es lo que diferencia los llamados en la tradición ética «actos humanos» (por ejemplo, matar con intención), de los «actos del hombre pero no humanos» (por ejemplo, matar a otro durante el sueño sonambúlico). Hasta tal punto es importante la voluntariedad, que el Derecho penal se ve obligado a distinguir los actos meramente culposos de los dolosos, es decir, los que se realizaron sin intención de dañar de aquellos otros en que esa intención está presente y es relevante. En el caso de la eutanasia, es claro que la voluntariedad es importante, y por tanto tiene sentido que sigamos apelando a principios como el del voluntario indirecto. Deberían estar prohibidos todos aquellos actos que tengan por objeto directo e intencionado procurar la muerte de otra persona, pero no aquellos otros en que esto se siga indirectamente y de modo no querido.

Así las cosas, lo que ahora debemos preguntarnos es cuándo se cumplen las citadas condiciones. Ya hemos puesto antes un ejemplo, el de la sedación del dolor mediante sustancias opiáceas, cuando éstas pueden deprimir el centro respiratorio y provocar la muerte de la persona. Cabría preguntarse quién debe determinar cuándo un dolor es insoportable y resulta proporcional (recordemos que la proporcionalidad es una de las condiciones que ha de cumplir el principio del voluntario indirecto) calmarlo aun a costa de acortar la vida o provocar la muerte. Pueden establecerse diferentes tipos de criterios: por ejemplo, los dolores en la fase terminal de las enfermedades, etc. Pero en cualquier caso parece necesario conceder que un dolor es insoportable cuando resulta insoportable para la persona que lo sufre y que por tanto el criterio fundamental ha de ser siempre subjetivo. Es el propio sujeto quien debe definir la intensidad de su dolor. Hay dolores que ennoblecen y dolores que envilecen; hay dolores soportables y dolores insoportables. Y es el propio sujeto quien debe decir de qué tipo es el suyo.

Por otra parte, hay dolores físicos y dolores espirituales. Esto último es lo que generalmente conocemos con el nombre de sufrimiento. A

nadie se le escapa que el sufrimiento puede llegar a ser un dolor mucho más profundo que el físico. Es decir, el sufrimiento también puede envilecer y resultar insoportable. Y de nuevo debe concederse que es el propio individuo quien ha de identificarlo como tal. Mi opinión es que todos lo que piden la eutanasia están en esta situación: sufren, física o espiritualmente, y consideran que ese sufrimiento es peor que la muerte, razón por la cual piden ayuda para poner fin a sus sufrimientos. Por definición, pues, en todos ellos podría utilizarse el principio del voluntario indirecto, ya que al actuar sobre su cuerpo no se haría con la intención de quitarles la vida sino de poner fin a su dolor. En el fondo, esto es lo que quieren dar a entender, más o menos confusamente, quienes argumentan a favor de la eutanasia.

El problema está, pues, en saber si esas situaciones cumplen con todos los requisitos exigidos por el principio del doble efecto. Uno primero es que no se busque directamente la muerte sino la resolución del sufrimiento de esa persona. Parece difícil pensar que con ese requisito no cumple un procedimiento que en inglés se denomina *mercy killing* y en castellano «muerte por compasión». La compasión no puede considerarse un móvil negativo o inmoral. Lo que se busca es aliviar el dolor, no poner fin a la vida. Eso parece claro. Ahora bien, el principio del voluntario indirecto exige otras condiciones. Una primera es que haya proporcionalidad entre los dos motivos, y que por tanto el efecto buscado no sea desproporcionado con el que se sigue colateral e involuntariamente. Por ejemplo, no sería admisible la justificación mediante el principio del doble efecto de un acto en el que para evitar un simple dolor de muelas se provocara la muerte de una persona. En ese caso no habría proporción entre el efecto directamente buscado y el efecto colateral permitido. Este segundo efecto no puede ser desproporcionado respecto del primero. Si hay proporcionalidad, sin embargo, en la administración de morfina al enfermo terminal, ya que en ese caso la expectativa media de vida es muy corta y el alivio del dolor muy importante. La cuestión está, pues, en saber si la evitación del sufrimiento de una persona que lo considera insoportable es razón suficiente o proporcionada que permite justificar un acto del que se sigue necesariamente la terminación de su vida. No hay duda que para quien pide la eutanasia sí lo es, y parece claro que la proporcionalidad hay que analizarla desde el punto de vista del paciente. La proporcionalidad la da el hecho de que el dolor o el sufrimiento sean para él insoportables. Vuelvo a repetir, en eso se basa toda la teoría del homicidio por compasión. Si el sufrimiento es vivido como insoportable, resulta difícil negar la proporcionalidad. El suicidio asistido y la eutanasia, pues, parecen cum-

plir también con los requisitos de esta segunda condición del principio del doble efecto.

Aún hay una tercera. Esta dice que la utilización de un procedimiento altamente lesivo o mutilante puede justificarse moralmente siempre y cuando no haya otros procedimientos alternativos que lesionen menos los valores en juego. Esta condición es fundamental, porque en caso contrario habría que decir que lo buscado directamente no es aliviar el sufrimiento sino provocarle la muerte; es decir, subrepticamente habría pasado el motivo colateral o secundario a ser el primario o fundamental. Esta tercera condición es indudable que se cumple en todos aquellos casos en que una enfermedad incurable o terminal amenaza la vida de las personas, y el uso de ciertos fármacos es necesario para controlar síntomas como el dolor, aunque acorte su vida o provoque la muerte. Es más, se cumpliría también en el caso en que los sufrimientos de un enfermo terminal, por ejemplo espirituales, resultaran insoportables para el propio enfermo y no tuvieran otro alivio que la propia muerte. De ahí que las legislaciones suelen restringir la eutanasia o el suicidio asistido a los enfermos muy graves o terminales, con sufrimientos insoportables. Ese es el caso de todas las legislaciones actuales legalizadoras o despenalizadoras del suicidio asistido y de la eutanasia, y lo es también el de las que condenan tales prácticas, pero con penas menores, como sucede en el Código Penal español. No sería comprensible la legalización, la despenalización o la reducción de penas sin el razonamiento precedente. Se trata siempre de la misma situación: graves sufrimientos físicos y espirituales que coexisten con una situación biológica muy comprometida, debida a una enfermedad crónica e incurable en fase muy avanzada o terminal.

Más difícil es el caso de graves daños psicológicos o espirituales que no amenazan directamente la vida biológica del sujeto. Tal es la situación, por ejemplo, de los sujetos tetrapléjicos, o el de aquellos otros que por razones psicológicas, sociales o espirituales se encuentran en condiciones que juzgan peores que la propia muerte. Esto sucede en casos de gran soledad, desvalimiento, pobreza, etc. En estos casos, se considera, por lo general, que no es lógico utilizar el principio del doble efecto para poner fin al dolor o el sufrimiento de estas personas mediante la eutanasia sin procurar remediarles antes su situación por otras vías que parecen más humanas. Quizá por eso las legislaciones no suelen considerar suficientes esos motivos para la realización de la eutanasia. Este procedimiento siempre debería verse como absolutamente extraordinario, y por tanto no debería nunca utilizarse como alternativa a

los cuidados paliativos, el apoyo social, etc. Como puede comprobarse, esta última condición del principio del voluntario indirecto, el que no haya otros procedimientos alternativos que lesionen menos los valores en juego, acaba siendo la más exigente, y si bien permite manejar el caso de las situaciones graves o terminales, no se cumple fácilmente en aquellas otras en las que el enfermo no tiene su vida gravemente amenazada.

¿Qué se deduce de todo esto? Se deduce que, cuando se pueden cumplir todas las condiciones exigidas por el principio del doble efecto, es difícil negar la legitimidad de la intervención directa en el cuerpo de otra persona, por más que tal intervención conlleve su muerte. Esa acción no puede ser calificada de eutanasia, porque no hay intención directa de poner fin a la vida. Esto vale para todas las situaciones irreversibles y terminales y quizá también para aquellas otras en las que no hay tratamiento posible, como sucede en el caso de las tetraplejas (recuérdese, por ejemplo, el «caso Sampedro»). En esas situaciones parece difícil negar la legitimidad de los actos que causen directamente la muerte. Lo que no debería hablarse en estos casos es de eutanasia. La eutanasia debería seguir considerada como un delito. Pero parece difícil negar la legitimidad de esas actuaciones que se hacen siempre por motivos humanitarios. Aquí es donde puede y debe aplicarse el principio ético del «no abandono» del paciente. Y, como es obvio tras lo dicho, parece claro que en esos casos debería intentarse rebajar la transi-
tividad del acto al mínimo posible.

Tiempo para nacer y tiempo para morir

El tema de la eutanasia no debe confundirse con el de la limitación de medidas terapéuticas. Aquél consiste siempre en una acción realizada en el cuerpo de otra persona con la intención directa de poner fin a su vida. Este otro, por el contrario, consiste en no poner ciertas medidas que parecen extraordinarias o desproporcionadas en situaciones irreversibles o terminales.

En principio, nadie niega la legitimidad de la limitación de medidas. Lo que resulta más discutibles son los criterios que deben utilizarse para ello. En orden a desbrozar este complejo tema, se han propuesto diferentes terminologías, con la esperanza de que ellas ayudaran a establecer criterios. Así, se habla de «futilidad» de las medidas, de su carácter «ordinario» o «extraordinario», «proporcionado» o «despropor-

cionado», etc. Estos distintos criterios se definen, a su vez, de diferente forma según los autores: para unos son criterios subjetivos que debe definir el propio paciente; para otros han de ser objetivos y hallarse tipificados como tales por la ciencia médica, etc.

En lo que sigue yo desearía enfocar el tema en una perspectiva algo distinta. Mi opinión es que no hay que poner el énfasis tanto en el hecho o la situación en sí, cuanto en el conjunto entero de la vida de la persona que se encuentra en esa situación. No resulta fútil, o extraordinario, o desproporcionado lo mismo en una persona mayor de ochenta años, que ya ha vivido su vida y llevado a cabo su proyecto vital, que en una madre joven, de la que dependen hijos menores de edad, etc. Un acontecimiento, por crítico que sea, no adquiere sentido más que en el interior de la narrativa completa de la vida de una persona. Ese es el contexto desde el que esa situación puede adquirir su verdadero sentido. De ahí la necesidad de enfocar la toma de decisiones en esos casos desde esta perspectiva más general y compleja.

La enfermedad y la muerte, como tantas veces se ha dicho, llegan siempre a destiempo. Nadie las espera ni las desea; siempre son temporáneas. No hay, pues, un «tiempo» para enfermar o para morir en la vida humana. O, al menos, nadie cree llegado ese momento. No parece, pues, que tenga mucho sentido decir, como afirma el libro del Eclesiástico, que hay «un tiempo para nacer y un tiempo para morir». Ahora bien, la frase adquiere un nuevo sentido si se piensa que el tiempo a que se refiere no es al de la muerte sino al del momento de la vida en que llega. O dicho de otro modo, que no habla del tiempo de la muerte sino del de la vida. Es desde el argumento de la vida como la enfermedad y la muerte pueden aparecer como oportunas o inoportunas.

Es interesante que el texto no habla de «momento», de «instante» sino de «tiempo». Es un concepto muy distinto. Se acude inmediatamente para comentar este pasaje al concepto griego de *kairós*, que significa tiempo oportuno, oportunidad. De acuerdo con esta interpretación, el nacer tiene su tiempo propio, su oportunidad, y el morir también. El problema, el misterio más bien, está en saber cuál es cada una de ellas. Lo que el término *kairós* quiere significar es que la oportunidad, el momento oportuno, no lo ponemos nosotros sino que nos viene puesto o impuesto por la propia realidad, por los acontecimientos. En eso consiste el *kairós*, en el conocimiento y la aceptación de ese tiempo que es exterior y superior a nosotros, que se nos impone y al que no podemos sustraernos. No en vano *kairós* fue en Grecia una di-

vinidad. El tiempo no es nuestro sino «de» las cosas, «de» la realidad, «de» la vida, etc.

Ahora bien, si esto es así, resulta que el sentido de la frase «tiempo de nacer, tiempo de morir», es algo distinto a lo que uno en un principio supone. No se trata de estar angustiado con la búsqueda de ese momento en que se debe nacer y ese otro en que se debe morir. Las discusiones sobre el momento de la muerte y sobre el comienzo de la vida se hallan con mucha frecuencia viciadas por esta obsesión de determinar con exactitud el momento preciso en que la vida comienza o termina. Mi opinión es que todo eso carece de sentido. No digo que no haya que poner un razonable cuidado en la determinación del momento de inicio y del momento del final de la vida. Pero ni es posible conocer esos momentos con exactitud matemática, ni tiene sentido plantearse así las cosas. La tesis que quiero defender es que hay que plantear estos problemas en una dimensión completamente distinta.

Esa dimensión es la que expresa el texto del Eclesiástico. Entre el nacimiento y la muerte lo que se extiende es la vida. Este es el tema, la vida, no el momento de su comienzo y de su fin. El tiempo a que se refiere el texto no es el tiempo de nacer y de morir, sino el tiempo de la vida que hay entre esos dos límites. Hay un tiempo de morir, porque el argumento de la vida se ha plenificado ya. El tiempo de morir llega cuando uno ha cumplido con sus objetivos vitales, cuando ha tenido una vida plena. La vida tiene un argumento y cuando éste se ha cumplido se ha colmado de algún modo el tiempo de la vida. Entonces puede decirse que se ha alcanzado de algún modo el tiempo de morir. Eso tiene una gran lógica interna. A diferencia de lo que sucede en la muerte prematura, en la que la persona parece haberse muerto antes de que le llegara su tiempo, es decir, antes de haber plenificado el argumento de su vida. Eso es lo terrible, morir sin haber alcanzado el tiempo de morir.

Heidegger dice varias veces a lo largo de su obra que desde el mismo momento que nace el ser humano está maduro para morir. Desde un punto de vista trascendental no hay duda que esto es así. Pero desde el argumental, ciertamente, no. Lo cual tiene una enorme cantidad de consecuencias. No es lógico que se intente prolongar la vida de quien ha alcanzado el tiempo de morir del mismo modo que aquella de quien no ha llegado a él. Esto es desconocer la propia estructura empírica de la vida humana.

Este tema lo ha tratado en profundidad Daniel Callahan a lo largo de muchos años y varios libros. Su idea de que cuando ya se ha cumplido el *natural life span* no deben utilizarse medios extraordinarios, está en la misma línea que vengo desarrollando. Callahan piensa que el argumento de la vida tiene que haberse cumplido hacia los ochenta años y que llegar a esa edad debe verse como lo que es, una verdadera gracia. Hacia esa edad se estaría alcanzando el «tiempo de morir.» Eso no significa que una persona no pueda vivir y viva más, pero sí que con ella no deberían utilizarse técnicas de soporte vital, ni medidas médicas extraordinarias. Los enormes recursos que se gastan en esas fases deberían utilizarse en los más jóvenes y en dar un mayor soporte humano y social a las personas ancianas. No se trata de abandonarles, pero sí de invertir los recursos racionalmente.

Antes hemos hablado de *kairós* y lo hemos traducido por «oportunidad». Es curioso, porque este término hoy se utiliza generalmente en contextos económicos, concretamente en la expresión «coste de oportunidad.» La idea de Callahan yo creo que está muy relacionada con este concepto, ya que su tesis es que los recursos que se utilizan en procurar medios extraordinarios a los muy ancianos no pueden utilizarse en otras cosas que serían mucho más necesarias. Su coste de oportunidad es, pues, muy alto. Ya no sería el «tiempo» de utilizar esos procedimientos de soporte vital y esas técnicas extraordinarias.

Todo esto que se dice a propósito del final de la vida, puede afirmarse también de sus comienzos. Tampoco ahí podemos entrar en un proceso obsesivo en torno a la determinación del primer momento en que el nuevo ser debe ser considerado humano. Y ello porque, en primer lugar, probablemente nunca vamos a conocer con exactitud ese momento; y en segundo, porque lo más importante no es tanto su determinación cuanto la posibilidad de dar un «tiempo para vivir».

El «tiempo para nacer» y el «tiempo para morir» limitan un espacio común, que es el «tiempo de la vida». El tiempo de nacer es el comienzo del tiempo de la vida, y el tiempo de morir el final de ese tiempo. No tiene sentido hablar de uno o de otro más que en relación al tiempo de la vida, es decir, a su argumento. Es ese tiempo de la vida el que dota de valor humano y moral al tiempo de nacer y al tiempo de morir. Y la gestión moral de esos momentos no puede ni debe hacerse más que desde el concepto de tiempo de la vida.

Bibliografía

- ANSCOMBE GEM. «Modern Moral Philosophy», *Philosophy*, 1958; 33: 1-19.
- ARISTÓTELES, *Ética a Nicómaco*, Madrid, Instituto de Estudios Políticos, 1970.
- BURGESS M.M. «The Medicalization of Dying», *The Journal of Philosophy and Medicine* 1993; 18(3): 269-279.
- DUFF R.S., and CAMPBELL A.G.M., 1973, «Moral and Ethical Dilemmas in the Special-Care Nursery», *New Engl J. Med.* 1973; 289(17):890-894.
- DURKHEIM E. *El suicidio*. Madrid, Akal, 1995.
- EDELSTEIN L. *The Hippocratic Oath*. En: O. Temkin and CL Temkin (Eds.): *Ancient Medicine: Selected Papers of Ludwig Edelstein*, Baltimore, The Johns Hopkins Press, 1967.
- HUME D. *Sobre el suicidio y otros ensayos*. Madrid, Alianza, 1988.
- MILL J.S. *Sobre la libertad*, Madrid, Alianza, 1984, p. 65.
- President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research, *Deciding to Forego Life-Sustaining Treatment*. US Government Printing Office, Washington, 1983.
- ROSS D.W. *Lo correcto y lo bueno*. Salamanca, Sígueme, 1994.
- STEINBOCK B, and NORCROSS A (Ed.). *Killing and Letting Die*. 2 ed. New York, Fordham University Press, 1994.
- THOMASMA D.C., and GRABER G.C. *Euthanasia: Toward an Ethical Social Policy*. New York, Continuum, 1990.