

En *Evangelium vitae*, Juan Pablo II expresa sus temores acerca del carácter expansivo de la mentalidad eutanásica. Apunta que en tal mentalidad se contiene una actitud prometeica, que induce un sentimiento de ser el hombre señor de la vida y de la muerte, que le impele a decidir sobre ellas, subrepticia o abiertamente (cfr. EV, 15). Nos dice también que las amenazas contra la vida no disminuyen, que estamos, no ante ocasionales "Caínes" que matan a "Abeles", sino ante amenazas programadas de manera científica y sistemática: que hay, en definitiva, una conjura contra la vida (EV, 17).

Se podría pensar que el Papa exagera. Yo creo que no. En esta breve contribución al Simposio trataré de mostrar que, una vez autorizada la eutanasia por la legislación o por la normativa ético-profesional aún en los términos más estrictos que se puedan desear, ya no será posible ponerle freno en la práctica. Declarada acción legal o éticamente aceptable, la eutanasia tiende a convertirse irremediabilmente en un gesto despótico, en un poder incontrolable.

Hay dos áreas en las que es obligado demostrar esta presunción. Una corresponde al nivel individual, que podemos personificar en el médico que sucumbe a la noción de que la eutanasia es un acto profesionalmente aceptable aunque sólo muy raras veces. La otra se refiere a la sociedad general que, por ceder a la presión del activismo pro-eutanasia, legaliza la muerte compasiva en condiciones estrictas.

### **La eutanasia, un veneno ético para el médico**

Mi primera tesis puede formularse así: Si un médico sucumbe a la idea de que es correcto profesional y éticamente poner fin a la vida de uno de sus enfermos, no podrá dejar ya de ofrecer ese "remedio" por el resto de su vida: encontrará cada vez más razones para hacerlo, y cada vez más anticipadamente, e incluso con más compasión, pero también con mayor celo. Las cosas suceden entonces como si la eutanasia quedara incorporada a la medicina paliativa como un recurso más: poco a poco, la eutanasia va ganando terreno a los cuidados paliativos y se sustituye a ellos de modo creciente.

El médico que aplica la muerte compasiva a uno de sus pacientes queda éticamente "marcado". Porque una de dos: o reconoce que cometió un error y se arrepiente irrevocablemente, y entonces se salva; o considera que ha hecho una obra buena, y entonces,

por coherencia moral, ya no puede dejar de reiterarla. Esa es la experiencia de muchos médicos holandeses y belgas. No son psicópatas asesinos: son simplemente médicos a los que sus virtudes profesionales les van arrastrando, paradójicamente, a una decadencia ética, lentamente progresiva, pero inexorable. Es un proceso que suele cursar en cuatro fases.

La primera fase comprende el tiempo, que puede de ordinario medirse en años, en que el médico se resiste a aplicar la norma legal, pero accede finalmente, ante casos muy dramáticos, a usarla con criterio rígido, literal. Que la ley despenalice la eutanasia quiere decir, en esa primera fase, que la muerte compasiva es un recurso excepcional, final, que sólo puede aplicarse tras haberse agotado todos los recursos terapéuticos y paliativos disponibles, y que ha de indicarse conforme a criterios clínicos muy estrictos, siguiendo los exigentes controles legales establecidos por la ley. En concreto: la eutanasia, en esta primera fase, es un clavo ardiendo, una medida desesperada, a la que sólo se puede recurrir en ciertas situaciones clínicas extremas, que ocurren una o muy pocas veces en todo el curso de una entera vida profesional.

La segunda fase corresponde al periodo de habituación. La sucesión de casos noticiosos, la repetición de juicios espectaculares que terminan en veredictos de inocencia, la reiteración de casos de eutanasia en el propio hospital o entorno profesional, por colegas apreciados, van despojando a la eutanasia de su inicial nota de excepcionalidad. Arraiga, en la conciencia y en el ambiente profesional del médico, la idea de que la eutanasia es una intervención que no carece de ventajas, que tiene indicaciones, que se confunde con intervenciones plenamente aceptadas y nada sospechosas de marginalidad deontológica, que es practicada por colegas honorables y competentes como cualquier otra terapéutica aceptada. Y es una intervención de mucha eficacia, de modo que los médicos no deberían rehusarla, si el paciente la solicitara. Parece, incluso, que la eutanasia le va ganando terreno a los cuidados paliativos, pues, en comparación con ellos y desde un punto de vista pragmático, es más indolora, rápida, estética y económica que ellos. Para ciertos pacientes, la eutanasia se convierte en un derecho subjetivo, fuerte y exigible, a obtener la muerte dulce; para los allegados del paciente, en una solución que les libra de preocupaciones y molestias; para ciertos médicos, en un recurso sencillo y útil que les ahorra tiempo y esfuerzos; para los gestores sanitarios una intervención de óptimo cociente costo/eficacia. La eutanasia entra así en el arsenal terapéutico de la medicina, codo a codo con los otros remedios aceptados.

Se llega entonces de modo inevitable a la tercera fase: en ella, médicos y enfermeras, fascinados por ideales de compasión, justicia y eficiencia, se convierten en mandatarios subjetivos de los pacientes incapaces, en particular de los terminales avanzados que exigen mucha atención. Ante un paciente incapaz de expresar su voluntad razonan así: "Es horrible vivir, o morir lentamente, en condiciones tan precarias. Yo no que-rría pasar por eso. Es preferible morir. Estoy seguro: si estos pacientes tuvieran un momento de lucidez, me

pedirían que pusiese fin a esa vida que ya no es vida. Lo mejor para esos pacientes es la muerte dulce. Para el médico que haya aceptado sinceramente la eutanasia voluntaria, la eutanasia no voluntaria se convierte, por razones de coherencia moral, en una obligación indeclinable. Las leyes que prohíben la muerte dulce para seres humanos en coma permanente, para ancianos con demencia avanzada, para niños gravemente malformados serían, a sus ojos, leyes equivocadas, poco humanas. El médico se convierte en albacea de un testamento de vida implícito, en apoderado subrogado de la voluntad ajena, que ordenan acabar con esas vidas indeseadas.

La cuarta fase se alcanza cuando el médico es arrastrado por sus convicciones morales a la eutanasia involuntaria. El sesgo pragmático y utilitarista, inherente a la actitud eutanásica, lleva al médico a concluir que el deseo, tácito o expreso, de ciertos pacientes de seguir viviendo es irracional, pues tienen por delante de sí una perspectiva de vida sin calidad, improductiva, parásita, dolorosa, detestable. Ese médico razona así: las vidas de ciertos pacientes capaces de decidir son tan carentes de valor, suponen un consumo de servicios y recursos sanitarios tan alto, que no son racionalmente sostenibles, no son dignas de ser atendidas. El deseo de seguir viviendo de esos pacientes es injusto; cuidarlos, un despilfarro: hay mil destinos mejores que dar a ese dinero y a ese esfuerzo la-boral.

¿Es este modelo de cuatro fases una criatura de ficción o una conclusión basada en datos? Estimo que es una descripción realista y exacta de lo que está sucediendo desde hace años en ese laboratorio social de la eutanasia que son Holanda y Bélgica. En los Países Bajos, la práctica de la eutanasia es expansiva. Las estadísticas oficiales muestran crecimiento muy lento y modesto de las cifras: en realidad, no sabemos lo que ocurre allí, porque ni siquiera la mitad de las eutanasias se practican se comunican a la autoridad, como manda la ley. La Ministra de Sanidad no sabe qué hacer para corregir este hecho escandaloso [\[i\]](#).

Está claro, sin embargo, que de año en año los médicos holandeses encuentran más aplicaciones a la muerte provocada. El Comité del Fiscal General informa, como resultado de sus encuestas, que los médicos declaran que el paciente interviene en el proceso de decidir el final de su vida en aproximadamente la mitad de los casos, pues en el 40% de ellos eso no es posible a causa de su conciencia debilitada. Pero, y el dato es de 1999, al 15% de los pacientes cuya vida fue terminada por médicos generales no se les invitó a participar, pudiendo hacerlo, en tan trascendente decisión: los médicos, por razones paternalistas, ponen fin a su vida sin advertírselo [\[ii\]](#). Ante estos abusos flagrantes de la ley, la Real Sociedad Holandesa de Médicos recomienda desde 1997 a los médicos que abandonen la eutanasia en favor de la ayuda médica al suicidio, inmune a muchos de los malos usos que se hacen de la eutanasia. Y, en 2002, les ha pedido que abandonen el suicidio asistido y que practiquen la sedación terminal, curiosamente exenta de censura legal en Holanda [\[iii\]](#).

Lo que sólo se autoriza por ley para quien la pide libre e insistentemente, se está aplicando a quien es incapaz de hacerlo: a neonatos malformados, a niños con daño cerebral. Se está gestionando la extensión de la eutanasia a esas criaturas, mediante la legalización del Protocolo de Groningen [\[iv\]](#) .

Lo que sólo se permite en enfermos terminales se aplica o a pacientes con depresión, a ancianos con pulmonía que viven solos, a personas para quienes seguir viviendo es una carga. El colaboracionismo del judicial es sorprendente. El Dr. van Oijen, que inyectó a una mujer una dosis letal de un paralizante muscular fue simbólicamente condenado a una semana de prisión suspendida, a pesar de invocar que la inyección era un tratamiento paliativo aplicado por compasión. La Asociación Médica de Holanda criticó la condena judicial, afirmando que había convertido de golpe gran parte de la medicina paliativa en una actividad criminal [\[v\]](#) . Pero, curiosamente, los límites legales no sirven de mucho, gracias a la indulgente interpretación de los tribunales: en casos de médicos que acaban la vida de sus pacientes, cierto que por compasión, pero con clara conciencia de que están quebrantando la ley, los jueces han reconocido que actúan por compasión y que esas acciones son "asesinatos" sólo en sentido técnico y legal, que no deben ser penalizadas en razón del móvil compasivo.

La eutanasia legal puede aplicarse a pacientes que sufren por el hecho de vivir, que padecen el allí llamado "sufrimiento existencial" [\[vi\]](#) . La Real Sociedad Holandesa de Médicos ha afirmado que no hay razón para excluir a esos pacientes del área de competencia del médico, pues sufren por vivir: el estar vivos es su sufrimiento, que no necesita ir acompañado de una enfermedad, física o psíquica, definida, clasificable, para ser tratado con la eutanasia. La misma Sociedad viene diciendo desde hace años que los muy frecuentes casos de eutanasia involuntaria no deberían ser juzgados por los tribunales de justicia, sino por comités multidisciplinarios de médicos y abogados, pues sus miembros están en mejores condiciones de apreciar las circunstancias de los hechos.

La experiencia holandesa muestra de modo evidente que, en materia de eutanasia, es imposible poner límites legales a los potenciales abusos, nacidos de la compasión de los médicos, de la fatiga de la familia, del desgaste de los rudimentarios mecanismos de control. Esa fue la conclusión a la que llegó el Comité de la Cámara de los Lores para estudiar la posible legalización de la eutanasia, al término de su concienzudo estudio sobre el terreno de la eutanasia holandesa [\[vii\]](#) .

En un ambiente eutanásico, la compasión del médico se desvirtúa, se vuelve visceral y

termina por justificar conductas que ya no respetan su juicio objetivo y profesional del médico. La enseñanza principal que nos viene de los médicos holandeses es esta: que la eutanasia no completa la Medicina, sino que la sustituye.

### La eutanasia, un narcótico para la sociedad

Mi segunda tesis es esta: Si una sociedad llega a la conclusión de que es posible despenalizar la eutanasia o la ayuda médica al suicidio en ciertos supuestos, se verá inevitablemente abocada a ampliar esas conductas permitidas, a medida que el activismo pro-eutanasia lo exige. Éste aplica un programa de persuasión social que pasa de la despenalización a la legalización de un derecho a la muerte; de la muerte compasiva para evitar el sufrimiento a la muerte digna para eliminar la decadencia bio-psico-social. Incluye, como recurso final la denuncia de una práctica clandestina extensa de la eutanasia, para invocar como remedio único, como ocurrió con la despenalización del aborto, la legalización de la eutanasia. Esos pasos son los marcan las sucesivas estrategias del activismo pro-eutanasia [\[viii\]](#)

Quando, por los años 20 del pasado siglo, nacieron las sociedades para la eutanasia voluntaria, éstas se presentaron como abogadas de la muerte compasiva: la eutanasia era un recurso final y extraordinario para acabar con el sufrimiento atroz de aquellos pocos enfermos terminales a los que el médico no podía aliviar. El eslogan de la muerte por compasión quedó vacío de contenido cuando la medicina empezó a aplicar los cuidados paliativos.

Por los años 60, con el advenimiento de las tecnologías de apoyo vital, se reivindicó el derecho a rechazar tratamientos, invocando el temor de ser víctimas del ensañamiento médico y asistir impotentes a la prolongación, dolorosa e inútil, de una vida precaria y sin salida. Lentamente los médicos fueron comprendiendo lo aberrante de la medicina encarnizada y falsamente heroica, y la necesidad de renunciar al inútil abuso terapéutico. Y lentamente fueron aceptando el desarrollo de la teoría y la práctica de los testamentos de vida, con lo que dejaron prácticamente sin vigencia las reivindicaciones de los promotores de la eutanasia.

Estos hubieron de cambiar entonces el título de sus aspiraciones y de sus asociaciones. Pasaron entonces a hablar del derecho a morir con dignidad, un derecho que asiste a ciertos seres humanos muy desgraciados, que ya no quieren seguir viviendo porque consideran que su existencia está degradada, no por el sufrimiento, sino por la decrepitud biológica, la invalidez

dependiente, la demencia inhumana, la soledad sin consuelo. No se trata ya de librarse del dolor, sino de acabar una vida que se juzga sin aliciente, indigna de ser vivida. En el fondo de la nueva demanda late la idea de que el hombre es señor absoluto de su vida, dueño de su propia muerte, árbitro inapelable de la calidad de su existencia, y que ha de ser legalmente dotado del derecho a decidir autónomamente el momento, lugar y modo de ponerle fin. Esa es la imagen actual de la eutanasia, la que domina en las publicaciones y en las páginas de Internet de las asociaciones en favor de la eutanasia. Una imagen que refleja algunos rasgos de nuestra sociedad hedonista actual, hecha en buena parte de individuos obsesionados por la eficacia, que desean ser significativos y autónomos, que han perdido la fe en Dios, y para quienes la muerte, reducida a mero desplome biológico, ha dejado de ser misterio. La dependencia de otros que acompaña a la vejez avanzada o la enfermedad incapacitante convierte al hombre en una carga para los demás y, sobre todo, en una carga insoportable para sí mismo, de las que sólo la eutanasia puede liberar.

Es evidente que la eutanasia tiende a ocultarse. Ya se ha señalado anteriormente como la Real Sociedad Holandesa de Médicos viene recomendando a sus miembros que no practiquen la eutanasia mediante procedimientos "rápidos", que provocan la muerte en pocos minutos o pocas horas. Aconseja, en su lugar, la sedación terminal, la "eutanasia lenta", que induce la muerte en tres o cuatro días y que, de acuerdo con la legislación local, no se considera eutanasia. Así, la eutanasia se ve libre de implicaciones legales.

A mi parecer, la mayor operación que se pueda encontrar de eutanasia oculta es la ocurrida en Bélgica. Cuando en 2000 se publicaron los datos de una encuesta que usó el mismo instrumento que en Holanda se había aplicado para determinar la tasa de intervenciones médicas al final de la vida, se obtuvieron datos que, en algunos aspectos, superaban a los obtenidos en los Países Bajos [\[ix\]](#) . Se trataba, en realidad, de una conducta conocida por todos, no ignorada por el judicial y tolerada por la colectividad, pero de la que no se trataba públicamente, hasta que se tuvo la seguridad de que podía ser aprobada sin problemas por el Parlamento belga.

El Gobierno holandés ha comprobado, impotente, que la ley de eutanasia se le ha ido de las manos. Ha amenazado con endurecer las penas para los médicos que incumplen diferentes aspectos de la ley. Pero, de hecho, parece más bien paralizado por el descubrimiento, inesperado y terrible, de que una ley de eutanasia es esencialmente incontrolable: no se puede poner un policía en la habitación de cada enfermo terminal.

Empieza, sin embargo, a insinuarse en Europa, Estados Unidos y Canadá, lo mismo que en Australia, una nueva estrategia pro-eutanasia. De igual modo que en la introducción de la legislación permisiva del aborto se usó hasta la náusea la denuncia de la práctica de muchos miles de abortos clandestinos causantes de la muerte o la esterilidad de miles de mujeres, ahora se empieza a difundir el rumor acerca de la existencia de una eutanasia sumergida: se dice que la eutanasia ha caído en manos de gentes incompetentes y desalmadas, por lo que es necesario ponerla bajo la responsabilidad de los médicos mediante una necesaria y exigente legislación. Contamos ya con algunas investigaciones formales sobre ella. Ha tenido mucho eco el libro del Profesor Magnusson, de la Universidad de Sydney, en el que describe, como resultado de sus investigaciones en Australia, Estados Unidos y Holanda, abusos, errores y brutalidades impensables de eutanasias practicadas por aficionados o por profesionales incompetentes en grupos de pacientes de SIDA [\[x\]](#). El anecdotario incluye episodios que revelan la enorme facilidad demostrada por ciertos médicos y enfermeras, pero también por adictos para practicar la eutanasia sumergida. Los hallazgos de Magnusson incluyen la asociación de grupos de sanitarios con agentes funerarios con el propósito de borrar rápidamente, mediante la cremación, cualquier prueba de criminalidad, lo que exige la falsificación rutinaria de documentos y certificados de defunción. Algunos médicos se justifican arguyendo que la ayuda al suicidio o la eutanasia son parte del trabajo profesional de los facultativos que están en la vanguardia de una nueva ética. Pero la conducta que de ellos relata Magnusson es la de una cultura de muerte y de mentira, una antología de horrores y de falsificación, que revuelve el estómago y entristece el alma.

“Jamás daré a nadie un veneno mortal, aunque me lo pida”; Esta cláusula del Juramento de Hipócrates ha salvado a la medicina de la amenaza permanente de su deshumanización. El futuro está, para los médicos, en aceptar el desafío de construir una eficaz, científica y avanzada medicina paliativa. Y está, en los enfermos, en la vuelta a reconocer su condición humana, en la que mortalidad y esperanza son elementos inseparables. Una sociedad que acepta la eutanasia mata en sí misma la compasión: cambia la medicina del cuidado y la cura por la práctica embrutecedora de eliminar a débiles y molestos.

Es insostenible por utópica la idea de una eutanasia libertaria reconocida por la ley que pueda someterse a control. No es posible regularla como si fuera un derecho individual a autodeterminar cada uno su propio destino. La eutanasia es una acción social. No puede encerrarse en el ámbito de la autonomía individual. La sociedad no está hecha de individuos encapsulados, cada uno en su propio reducto: la eutanasia es contagiosa, es asunto de salud pública, hace daño a los que en ella intervienen, a los que la observan, a los que de ella les llega noticia.

Deseo terminar insistiendo en una idea fundamental: el respeto por la dignidad del hombre, toma en Medicina, una forma peculiar y específica, que es el respeto a la vida debilitada. La medicina paliativa reconoce esa fragilidad final y extrema del hombre que no puede ser abandonado. La eutanasia lo abandona y lo somete así al más hiriente desprecio. El hombre es *Res sacra miser*. Un ser sagrado y miserable. Con esa expresión, a la vez cristiana y estoica, se expresa de modo magnífico la especial situación de la humanidad en la enfermedad terminal. Traduce de maravilla la coexistencia inseparable de lo sagrado y digno de toda vida humana con la miseria extrema a la que puede conducir la enfermedad. Cuando al enfermo se le considera a esta luz, como algo a la vez digno y miserable, hemos encontrado simultáneamente el fundamento último de la ética médica, y la condena más fuerte que pueda concebirse de la eutanasia.

La eutanasia y la ayuda médica al suicidio están poniendo a prueba con tensión creciente la verdadera humanidad de los médicos y la de todos los hombres. Para superar esa prueba tiene el médico el apoyo firme de la ética intemporal que se inscribe en la misma naturaleza del acto médico. Y tiene la ayuda de Dios, que a todos nos da la gracia de venerar y amar la vida de todos. Juan Pablo II nos dice que en el corazón del hombre, está inscrita desde el principio la conciencia de la sacralidad e inviolabilidad de la vida [\[xi\]](#) .

*Gonzalo Herranz (Secretario de la Comisión Central de Deontología de la Organización Médica Colegial. Profesor de Bioética de la Facultad de Medicina de la Universidad de Navarra) Publicado en "Sociedad Contemporánea y Cultura de la Vida. Presente y futuro de la Bioética"; Ediciones Universidad de Navarra, SA (EUNSA), 2006 Enrique Molina y José María Pardo (Eds)*

---

[\[i\]](#) Tony SHELDON, *New penalties proposed for Dutch doctors who flout euthanasia law*, en "British Medical Journal", 329 (2004) 131. Para comprender los problemas ligados a la práctica irregular de la eutanasia en Holanda son de gran utilidad los artículos que Tony Sheldon, corresponsal en Utrecht del British Medical Journal, viene publicando desde 1998 en la revista. Son también de gran interés dos libros: Herbert HENDIN, *Seduced by death. Doctors, Patients, and Assisted Suicide*, W. W. Norton & Co, New York 1997, y John KEOWN, *Euthanasia, Ethics and Public Policy: An Argument against Legalisation*, Cambridge University Press, Cambridge UK,



[ii] Raphael COHEN-ALMAGOR, *Non-voluntary and Involuntary Euthanasia in the Netherlands: Dutch Perspectives*, en *Issues in Law & Medicine*; 18 (2002) 239-257.

[iii] Judith A.C. Rietjens, Agnes van der Heide, Astrid M. Vrakking, Bregje D. Onwuteaka-Philipsen, Paul J. van der MAAS, Gerrit van der WAL, *Physician Reports of Terminal Sedation without Hydration or Nutrition for Patients Nearing Death in the Netherlands*, en *Annals of Internal Medicine*; 141 (2004) 178-185.

[iv] Eduard VERHAGEN, Pieter J.J. SAUER, *The Groningen Protocol - Euthanasia in Severely Ill Newborns*, en *New England Journal of Medicine* 352 (2005) 959-962.

[v] Tony SHELDON, *Two cases in Holland clarify law on murder and palliative care*, en *British Medical Journal*; 329 (2004) 1206.

[vi] Tony SHELDON, *Dutch euthanasia law should apply to patients suffering through living*, en *British Medical Journal*; 330 (2005) 61.

[vii] House of Lords, *Report of the Select Committee on Medical Ethics, Volume I - Report*, HMSO, London, 1994.

[viii] Gonzalo HERRANZ, *Cultural and thematic dimensions of pro-euthanasia movements. The situation outside the Netherlands*, en Juan de Dios VIAL CORREA, Elio SGRECCIA, eds, *The Dignity of the Dying Person, Proceedings of the Fifth Assembly of the Pontifical Academy for Life, Vatican City, 24-27 February 1999*, Librería Editrice Vaticana, Città del Vaticano, 2000, pp 86-101.

[ix] Luc DELIENS, Freddy MORTIER, Johan BILSEN, Marc COSYNS, Robert Vander STICHELE, Johan VANOVERLOP, Koen INGELS, *End-of-life decisions in medical practice in Flanders, Belgium: a nationwide survey*, en "Lancet" 356 (2000) 1806-1811.

[x] Roger S. MAGNUSSON, *Angels of death: exploring the euthanasia underground*, Yale University Press, New Haven, Conn 2002.

[xi] Evangelium vitae 39, 40.