

La diferencia entre ‘matar’ y ‘dejar morir’ y su repercusión en el debate contemporáneo sobre la eutanasia

Resumen

En la actualidad se defiende con mucha frecuencia la llamada “humanización de la muerte” como alternativa frente al vitalismo médico y ante cualquier defensa de la eutanasia voluntaria activa. Esta postura se justifica asumiendo una diferencia moral significativa entre “hacer algo” y “dejar que algo ocurra”, entre “matar” y “dejar morir”. En la presente comunicación presentaré un esbozo de los fundamentos sobre los que descansa tal distinción a la vez que cuestionaré su relevancia moral cuando se aplica a situaciones eutanásicas complejas.

Palabras clave: ética aplicada, bioética, eutanasia

Abstract

Today, the so-called “humanisation of death” is frequently defended as an alternative to medical vitalism and to any defence of active voluntary euthanasia. This position is justified by the assumption of a difference between “doing something” and “allowing something to happen”, or between “killing” and “letting someone die”. This paper presents an outline of the foundations on which this distinction lies, and questions its moral relevance when applied to complex situations of euthanasia.

Key-words: applied ethics, bioethics, euthanasia

I. Introducción

Es evidente que en las tres últimas décadas estamos viviendo una auténtica revolución científico-técnica hasta el punto de que nuestra época pasará a la historia con el nombre de “era tecnológica”. Este progreso afecta a la praxis médica generando dos tipos de situaciones posibles y a la vez extremas: por una parte, la intervención médica es capaz de mejorar las expectativas vitales de las personas enfermas, facilitando la recuperación sustancial de la salud y haciendo posible una mejora en la calidad de vida del enfermo; por otra, cuando la intervención médica fracasa es capaz de retrasar el momento de la muerte del paciente, provocando con ello que el enfermo se encuentre ante la perspectiva de un deterioro en su calidad de vida. En cualquier caso es bastante evidente que la ciencia médica y la nueva sofisticación tecnológica han puesto los medios para llevar a cabo un control cada vez mayor (creciente y continuado) sobre

* Profesor del Centro Educativo Galén de Lugo [ebps@centrogalen.com]

nuestras vidas y nuestros estados o situaciones médicas terminales (Frey, 2000: 41). Pero ha sido, sobre todas las cosas, la posibilidad del llamado “encarnizamiento terapéutico” la que ha provocado en los últimos tiempos un cambio de actitud frente al momento final de la vida y el proceso de morir; ha impulsado también una mayor conciencia sobre la necesidad de una “muerte digna”, incluso a base de ir forzando la frontera de lo ético y lo legalmente permitido actualmente con respecto a la interrupción intencionada de la vida de una persona. El resultado final es que la gente tiende a reclamar el derecho a elegir su propia muerte y que la expresión “morir con dignidad” es utilizada muy a menudo en nuestros debates.

Creo que es en este contexto donde debemos situar la discusión actual sobre la eutanasia y el derecho a la libre disposición de la vida de las personas. Conceptualmente sugiero que se entienda por “eutanasia” la anticipación voluntaria y consciente de la muerte de un enfermo que sufre una situación médica terminal, por acción u omisión, con el fin de producirle un bien –un beneficio– o, como mínimo, evitarle un mal (Wreen, 1988: 637-639). Las condiciones en las que el enfermo puede encontrarse serían las siguientes: sufriendo una enfermedad notoriamente incurable y soportando al mismo tiempo dolores físicos o angustias psíquicas difícilmente tolerables; manteniendo un estado físico degenerativo incluso sin existir un peligro inmediato de muerte (es decir, soportando cualquier enfermedad incapacitadora, incluida la que pudiera sufrir un enfermo tetrapléjico al que todavía le pueda quedar mucho tiempo de vida); por fin, manteniéndose con vida a pesar de la pérdida irreversible de la conciencia.

Entendida de esta manera, la eutanasia puede adoptar alguna de las formas siguientes:

a) Mediante la administración de calmantes, con el fin primordial de aliviar los dolores del enfermo, incluso admitiendo y reconociendo como una consecuencia colateral –y prácticamente segura– la anticipación de la muerte.

b) Mediante la no aplicación de tratamientos o no prolongación de la situación del paciente suspendiendo los medios extraordinarios de asistencia médica, bien omitiendo el tratamiento de una enfermedad marginal, bien interrumpiendo un gota a gota intravenoso o el suministro de oxígeno.

c) Mediante la administración por parte del médico de una dosis letal de morfina (o alguno de sus derivados) con la intención de causar la muerte del paciente.

Las tres formas antes citadas se refieren a las ya conocidas eutanasia indirecta, pasiva y activa. Todas ellas pueden llevarse a cabo con la peti-

ción expresa del paciente (eutanasia voluntaria) o sin su consentimiento (eutanasia no voluntaria).

2. La doctrina tradicional sobre la eutanasia

A lo largo de estos últimos años, la Iglesia Católica y diversas asociaciones médicas no evitaron nunca el delicado problema de la eutanasia, defendiendo lo que suele conocerse como “humanización de la muerte” como alternativa al vitalismo médico –cuya consecuencia desde el punto de vista de la praxis médica solía ser el encarnizamiento terapéutico- y a la eutanasia activa, e incorporándola en lo que se conoce como doctrina tradicional de la Santidad de la Vida Humana. La doctrina sostiene que la vida humana debe ser protegida en cualquiera de las fases de desarrollo y con independencia de su viabilidad o valor vital, incluyendo, por tanto, a enfermos terminales incurables, deficientes mentales, etc., ya que posee un valor intrínseco, absoluto y una dignidad especial, de modo que la muerte directa e intencionada de seres humanos inocentes (incluso realizada con fines piadosos y benéficos) estaría absolutamente prohibida. No obstante, en el contexto médico de una enfermedad, ampara la utilización de la medicina paliativa por su contribución al alivio del dolor terminal, admitiendo por tanto situaciones de eutanasia pasiva e indirecta (tal y como han sido descritas anteriormente) siempre y cuando el que las lleve a cabo no tenga la clara intención de provocar la muerte del enfermo (Flecha, 1986: 126-130).

Es en este contexto donde entra a colación la expresión “humanización de la muerte” (Mori, 1998: 112-114). Desde un punto de vista conceptual, esta postura asume los postulados siguientes: existe una diferencia esencial lógica entre “hacer” y “dejar que algo ocurra”, es decir, entre “matar” y “dejar morir”, dependiendo dicha diferencia de las distintas relaciones causales que intervienen en ambos casos y siendo tal distinción moralmente significativa; por otro lado, la administración de analgésicos que tengan como finalidad aliviar el dolor, incluso cuando genere como un efecto secundario, previsto aunque no deseado, la anticipación de la muerte del paciente, se trataría de una conducta éticamente lícita e irreprochable.

3. La distinción activa-pasiva

Desde mi punto de vista, tanto la eutanasia activa como la pasiva suelen ser definidas en términos de -o subsumidas bajo- las categorías más amplias de “matar” y “dejar morir”. Creo que la eutanasia activa y pasiva son las aplicaciones respectivas de matar y dejar morir a casos en que una

persona en cierta posición de responsabilidad o relación especial para con un enfermo terminal o moribundo trata, para bien de ese individuo, de aliviar su sufrimiento de maneras que o bien causen su muerte o bien no prolonguen en demasía su agonía (Reichenbach, 1987: 51).

Así, en un célebre e importante artículo para la literatura sobre el presente tema, James Rachels asume en la eutanasia activa el hecho de emprender alguna acción positiva realizada con el fin de matar al paciente, y en la eutanasia pasiva la retirada de una medicación o terapia prolongadora de la vida, la negativa a llevar a cabo operaciones de cirugía, etc, dejando que el paciente muera "de modo natural" de cualesquiera dolencias que ya le afecten. Aquí la acción emprendida se contempla como negativa –no iniciar acciones o procedimientos para prolongar la vida y el proceso agónico o realizar un curso de acción a través del cual se decide interrumpir un tratamiento determinado-. Rachels defiende la tesis de la no-diferencia moral entre ambas formas de eutanasia y lo hace primeramente considerando dos casos paralelos de matar y de dejar morir. En el primero, Smith entra sigilosamente en el cuarto de baño y ahoga a su primo de seis años con del fin de ganar una herencia. En el segundo, Jones entra en el cuarto de baño de su primo con la misma malévola y perversa intención, pero ve cómo el niño resbala, se golpea en la cabeza y cae cabeza abajo en el agua. El niño se ahoga él solo, para evidente gozo y beneficio de Jones. El argumento de Rachels se centra claramente en la distinción entre el caso de Smith como una forma positiva de acción y la inacción de Jones como una omisión. Él trata el primer caso como un acto de matar y el segundo como un acto de dejar morir. El resultado es el mismo, como lo es también la intención de Smith y de Jones. El que Smith realmente sujetase por la fuerza la cabeza de su primo debajo del agua o que Jones se mantuviese pasivamente al margen mientras su primo se ahogaba, no constituye una diferencia moralmente significativa. En pocas palabras, aun dando por sentado que exista diferencia entre matar y dejar morir, dice Rachels, la diferencia no es tal que, en sí misma tenga importancia moral. Como tal, sugiere, la eutanasia pasiva no sería peor que la eutanasia activa, siendo todo lo demás igual. Incluso, argumenta, algunos casos de eutanasia pasiva pueden ser todavía moralmente más perversos que los casos de éutanasia activa (1975: 79-80).

Se ha sugerido muchas veces que el planteamiento de Rachels es sospechoso advirtiendo, entre otras cosas, que el ejemplo Smith-Jones es significativamente distinto de los casos de eutanasia (Sullivan, 1977:41-43 y Gillon, 1986: 126). Puede ser correcto, pero también lo es que si la relación eutanasia activa-pasiva y "matar"-“dejar morir” es una relación

especie-género (una subclase), y no una relación de analogía –como sugiere, creo yo, Rachels- lo que se pretende es situar el peso de la prueba sobre aquellos que defenderían la diferencia moralmente significativa entre matar y dejar morir.

Recordemos un hecho ocurrido a comienzos de los años noventa:

Nancy B., una mujer canadiense de veinticinco años de edad, ingresó en el hospital católico L'Hotel Dieu en junio del año 1989. Durante las siguientes 24 horas la entubaron y le aplicaron un respirador artificial debido a que estaba sufriendo una parálisis extensiva y enormes dificultades para respirar. En los primeros días de julio del mismo año se le diagnosticó una extraña enfermedad neurológica conocida como síndrome de Guillain-Barré que le producía tetraplejía, dependencia de un pulmón artificial e ingreso en una unidad de cuidados intensivos. En febrero de 1990, tres meses después de que los médicos determinaran su condición de irreversibilidad, expresó por primera vez su deseo de morir. Después de dos exámenes psiquiátricos que revelaron su capacidad psíquica e intelectual y, ante las dudas del hospital -al parecer su médico se mostraba de acuerdo con sus intenciones, pero temía posibles cargos judiciales contra ella o el hospital- se declaró en huelga de hambre en dos ocasiones, finalizando ambas al haber sufrido complicaciones médicas. El 27 de septiembre de 1991 -por tanto, ocho meses después de haber formulado su petición- suplicó al Tribunal Superior de Quebec que ordenase a su médico la interrupción del respirador artificial que la mantenía en vida sin su consentimiento. Su familia estaba de acuerdo y su médico había informado que la paciente podría continuar viviendo con el respirador durante muchos años. Sin embargo, Nancy B. quería morir y en la petición manifestó que su vida ya no tenía suficiente dignidad ni calidad. El juez dijo que se sentiría feliz si Nancy B. cambiaba de opinión, pero que la comprendía y estaba dispuesto a acceder a su petición. Se dictó sentencia el 6 de enero de 1992, fundamentándose la resolución en que el derecho que tienen los pacientes capaces de expresar su consentimiento respecto de un tratamiento incluye el derecho a negarse a recibirlo, sea o no para el mantenimiento de las funciones vitales. El Tribunal finalizó diciendo que mantener a un paciente en las condiciones médicas de Nancy B. contra su voluntad suponía una intromisión lesiva y una agresión hacia su persona. Por fin, concluyó que no se producía conflicto alguno en ese asunto entre el Código Civil de Quebec y el Código Penal Federal, puesto que la conducta consistente en desconectar el respirador artificial no era considerada antijurídica –sorprendentemente no era calificada como eutanasia ni como suicidio-. La negativa de Nancy B. a seguir utilizando el pulmón arti-

ficial eliminaba cualquier deber o derecho del hospital a continuar proporcionando un determinado tratamiento. El respirador fue interrumpido y Nancy B. murió en febrero de 1992 (Reilander, 1992: 7).

En este caso, y ante la decisión judicial, se emprende un curso de acción consistente en eliminar una terapia de mantenimiento de vida —el respirador artificial— a un enfermo terminal, con el fin de aliviar su sufrimiento y “dejar que la naturaleza siga su curso” en aras de un derecho legítimo a no recibir tratamiento médico y a no sufrir tratos indignos hacia su persona. Cuando murió esta paciente lo hizo como resultado de una omisión intencionada de un tratamiento absolutamente conservador de la vida humana. En definitiva, se permitió o se dejó morir a Nancy B., sin duda alguna porque se suponía que era lo mejor para la paciente, y porque implicaba una forma de humanizar su muerte. Si se compara esta forma de causar la muerte con la posibilidad hipotética de que Nancy B. reclamase reiteradamente una acción positiva consistente en la administración de una dosis letal de morfina ¿sería razonable defender que el médico que decide poner la inyección actúa incorrectamente, mientras el médico que decide interrumpir el funcionamiento del respirador practica una medicina compasiva y éticamente adecuada? En ambas situaciones tanto las consecuencias como la intención son las mismas: la muerte de la paciente. Las fronteras entre eutanasia activa y pasiva son cada vez más borrosas, hasta tal punto que hoy en día son más numerosos los filósofos y teólogos que niegan que se dé realmente una eutanasia pasiva, o en todo caso, que la mencionada distinción sea moralmente relevante. Vista desde su efecto (anticipación de la muerte), incluso la omisión de una acción (dosis normal de morfina con suspensión de alimentación endovenosa o nasogástrica) puede ser prácticamente lo mismo o peor que una acción positiva (sobredosis de morfina). Lo que conceptualmente pudiera ser clara y fácilmente diferenciado, en casos concretos es a menudo imposible de delimitar: los límites de separación son a menudo fluctuantes (Küng, 1983: 278). Además, en el caso Nancy B. se puede alegar que la desconexión del respirador artificial no mata al paciente, simplemente deja que éste muera; sin embargo, entonces se debe responder a la consiguiente pregunta de por qué es malo “matar” y “dejar morir” no lo es. Como apunta Singer, la respuesta ofrecida por la mayoría de los partidarios de tal distinción apela a la existencia de una norma moral explícita y general contraria a matar seres humanos inocentes no existiendo ninguna contraria a dejar que éstos mueran (Singer, 1995: 259). Si bien ésta es una cuestión que excede al objetivo del presente trabajo, está claro que se trataría de una norma claramente discutible —y discutida— y no altera la con-

clusión de que no existe diferencia moral intrínseca entre matar y dejar morir. Y quiero recalcar que en ocasiones las decisiones absolutas y tajantes en defensa de la vida humana, las determinaciones férreas en contra de matar, pueden producir más dolor que felicidad –deteriorando la calidad de la vida de los enfermos terminales y su entorno- y demuestran así falta de sensibilidad ante el sufrimiento humano. En el reciente caso de Diane Pretty (aquejada de una dolencia degenerativa incurable que la mantenía en estado de tetraplejía) a la que los tribunales británicos y el tribunal europeo de Derechos Humanos desestimaron la colaboración necesaria en su muerte, lo que se consiguió finalmente –e inevitablemente- fue la muerte por asfixia generando en la enferma daño moral, ansiedad psíquica, supuestamente dolor físico en el trance final de su vida, y provocando en su entorno una angustia insoportable.

4. Medios ordinarios- medios extraordinarios

Muchas veces se recurre a la diferencia entre medios ordinarios (proporcionados) y extraordinarios (desproporcionados) de mantenimiento de la vida de un enfermo como un elemento de la llamada humanización de la muerte en detrimento del vitalismo médico y como ejemplo de una prudente y buena praxis médica (Conferencia Episcopal Española, 1993: 30-31). Desde este punto de vista un medio es proporcionado si ofrece una esperanza de beneficio razonable al paciente; en el caso contrario sería desproporcionado. Pero esta distinción se ha hecho más imprecisa con los avances de la medicina moderna en las técnicas de reanimación y en las terapias de mantenimiento de la vida de los enfermos (medicina paliativa). Hoy en día es cada vez más difícil precisar qué se designa con las expresiones “medios ordinarios” y “extraordinarios”. En otros tiempos, se consideraba como medio extraordinario –potestativo, por tanto- la amputación de una pierna. ¿Podríamos seguir pensando lo mismo?. Los masajes cardíacos, la respiración artificial en los casos antes citados, la alimentación endovenosa, las terapias radioactivas, etc. ¿son medios ordinarios o extraordinarios? Imposible ofrecer una respuesta categórica sin tener presente la casuística clínica, esto es, las circunstancias del paciente, de su familia, del centro hospitalario... En el caso de Karen A. Quinlan, paciente en coma permanente –hoy estado vegetativo persistente-, cuyos padres pidieron la retirada del respirador artificial, la decisión judicial final se fundamentó en la consideración del respirador como un medio de tratamiento extraordinario; sin embargo esta decisión no trajo como consecuencia la asfixia inmediata de la paciente –que era lo esperado- sino que mantuvo las constantes vitales durante diez años. La intención de la retirada del pulmón artificial era, para-

dójicamente, no provocar la muerte de Karen sino evitarle un tratamiento penoso. Y digo “paradójicamente” puesto que resulta meridianamente claro que la razón de dicha explicación era ocultar la realidad disfrazando la verdadera intención de los padres y del propio juez, a saber, poner fin a la vida de Karen –ambas partes eran conscientes de que la iban a “dejar morir”-. Vemos, pues, que en ocasiones se recurre a extrañas distinciones con el fin de conseguir un resultado favorable en la intervención médica supuestamente sin quebrantar el principio de Santidad de la Vida Humana (Singer, 1997: 79-80).

En otros casos se demuestra que apelar insistentemente a dicha diferencia conlleva consecuencias éticamente perversas. John Harris lo explica con claridad a raíz de los tratamientos realizados por el pediatra John Lorber en los años setenta con niños aquejados de espina bífida. En los casos más graves sufrían paraplejía, descontrol intestinal y urinario, hidrocefalia, retraso mental agudo, etc. Aunque existen algunas formas de tratamiento, si en el momento de nacer el niño se encuentra gravemente afectado, el estado clínico es muy difícil de mejorar. Lorber justificaba el tratamiento selectivo –en rigor, podríamos decir que más bien consistía en un “no-tratamiento selectivo”- diciendo que era conveniente ahorrar a los niños y a sus familias tanto sufrimiento como fuera posible y economizar recursos sanitarios escasos y muy costosos. En realidad, Lorber se abstenía de utilizar medidas extraordinarias de mantenimiento de la vida en los casos más graves, omitiendo incluso el tratamiento de enfermedades tangencialmente contraídas por los niños con el fin de evitar un dolor innecesario: en definitiva, dejaba morir a los niños. Ante las peticiones a favor de la aplicación de métodos más activos y directos para acabar con las vidas de aquellos niños con cuadro clínico desfavorable y expectativa de vida más corta, respondía que tales medios implicaban una brutalización de la actividad médica, haciéndola insensible al dolor y descuidada con respecto al valor de la vida. No interesa aquí conocer los pormenores de los criterios tenidos en cuenta en la selección; conviene recordar, eso sí, que casi el 60% de los niños tardaron en morir un mes e incluso el 20% eran capaces de sobrevivir ocho meses en condiciones moralmente discutibles. (Harris, 1981: 118).

5. La distinción directa-indirecta

Muchas veces se prescribe en medicina el uso de analgésicos para aliviar los sufrimientos del moribundo, incluso con riesgo de anticipar su muerte, siempre que ésta “no sea pretendida, ni como fin ni como medio,

sino prevista y tolerada como inevitable" (Iglesia Católica, 1992: 501). Esta forma de medicina paliativa tiene una relevancia especial en la llamada "humanización de la muerte" y es calificada también como la mejor y la más fuerte alternativa a la eutanasia activa, como una "vacuna" contra el "activismo pro-eutanasia" (Herranz, 1993: 6, 17). Ateniéndonos exclusivamente a su finalidad, dicha prescripción no parece problemática, no obstante si se reflexiona mínimamente sobre ella nos encontramos con serios problemas. En primer lugar, la utilización de la analgesia en muchos enfermos terminales conlleva el aumento progresivo de la dosis (analgesia piramidal) provocando con ello dos efectos: no sólo se elimina el dolor físico, sino que también se anticipa la muerte del enfermo. Y a esta situación la doctrina tradicional responde, como he dicho, estableciendo una diferencia moralmente clave entre resultados pretendidos –deseados– y resultados meramente previstos. Esta diferencia tiene su fundamento en el principio del doble efecto que incluye cuatro criterios-guía: (1) el acto mismo debe ser bueno o moralmente neutro; (2) sólo deben ser intencionadas –deseadas– las consecuencias buenas de la acción; (3) el efecto bueno no debe producirse a través del efecto malo; y (4) debe existir una razón proporcionalmente grave para permitir el efecto malo (Atkinson, 1983: 164). En el caso del tratamiento progresivo del dolor, los defensores de dicho principio pretenden hacer ver lo siguiente: (1) el médico administra el sedante; (2) pretende –y desea– aliviar el dolor (efecto moralmente correcto); (3) el alivio del dolor no se produce a través de la muerte sino como consecuencia de la acción inicial –se presume como correcto–; (4) existe una razón poderosa para admitir –prever– el efecto colateral de la anticipación de la muerte. Conclusión: al ser la muerte un efecto colateral e indirecto de una conducta humana y éticamente correcta –el alivio del dolor– no se trata de un efecto deseado o pretendido por el médico, sino meramente previsto. El médico, en todo caso, y de acuerdo con la terminología ampliamente compartida y citada a lo largo del texto, sólo pondría fin a la vida del paciente de un modo indirecto.

Pero, ¿cómo podemos entender con claridad la distinción entre "matar directamente" y "matar indirectamente"? Helga Kuhse sugiere que la dificultad de interpretar el principio del doble efecto se apoya, al menos, en la inteligibilidad de (2) y (3), ya que entre otras cosas, no está claro que en todo momento podamos establecer diferencias nítidas entre las consecuencias que pretende directamente un agente y las que meramente prevé (Kuhse, 1995: 413-414). El caso Baby M. es un ejemplo de esta dificultad: un bebé nacido en Melbourne con espina bífida y con el cuadro clínico agudo que se les supone a tales enfermos, recibió un tratamiento médico

moderado, no porque no hubiera algún posible tratamiento que podría haber mejorado sus posibilidades de supervivencia, sino porque esos tratamientos alternativos no podían, a los ojos de los que habían tomado la decisión, ofrecer una calidad de vida satisfactoria en términos de funcionamiento físico y mental. Surge la duda de si durante su breve vida la administración de sedantes pudo haber causado su muerte ya que se le aplicó paracetamol, fenobarbital, fentanil y morfina, al parecer en dosis superiores al nivel terapéutico recomendado de acuerdo con su peso físico. Un análisis toxicológico post-mortem mostró la presencia de fenobarbital y morfina en niveles capaces de causar la muerte. Si bien el juez admitió que las drogas podían causar la muerte no concluyó que, de hecho, la hubieran causado necesariamente (estaban presentes otros factores causales tales como la bronconeumonía, la hipoxia causada por la obstrucción de los tubos de aire, se planteó la posible inanición por exceso de sedación...); además, según el juez, la fuerte dosis de paliativos era compatible con el objetivo de evitar que Baby M. sufriera dolor. (Kuhse, 1992 : 240-247). ¿El tratamiento de Baby M. era equivalente a reducir de un modo deliberado su vida? Hay elementos para sospechar que sí. También los hay para sospechar razonablemente en que la aplicación sistemática de la distinción directa-indirecta en beneficio de las muertes indirectas tiene como finalidad servir de “colchón psicológico” para el médico atenuando al máximo su responsabilidad moral y no resolviendo el problema crucial que la eutanasia implica: que cuando se ha decidido, por las razones que sean, que la muerte es la mejor opción para un enfermo, ésta debiera ser lo más rápida e indolora posible no solamente para él sino también para su entorno familiar.

6. Conclusiones

Unas palabras a modo de conclusión. He pretendido realizar un esbozo de los fundamentos de la diferencia entre “matar” y “dejar morir” y su relevancia moral en los casos de eutanasia. Creo que en ocasiones, tanto la eutanasia pasiva como la indirecta son formas de actuación que pueden ser comprendidas en la expresión amplia de “dejar morir”. A falta de un análisis más exhaustivo de la autoría causal, acciones, omisiones, inacciones, y de una reflexión más profunda sobre la intencionalidad, creo que tanto las formas pasiva e indirecta no difieren en relevancia moral con respecto a la eutanasia activa. Pienso incluso que, en ocasiones, acarrearán más perjuicios que beneficios para el paciente y su entorno familiar. Los principios de la doctrina tradicional a favor de la “humanización de la muerte” dejan mucho que desear en lo que a claridad y coherencia se refiere. Se trata más bien

de vagas y ambiguas recomendaciones –incluyendo pequeñas estafas semánticas– que generan perplejidad y cierta amargura si se revisan, aunque sea superficialmente. Y esto es importante, sencillamente porque son la base de lo que se considera lícito e ilícito en la praxis médica.

BIBLIOGRAFÍA

- ATKINSON, G.M. (1983): «Ambiguities in killing and letting die», *The Journal of Medicine and Philosophy*, 8.
- CONFERENCIA EPISCOPAL ESPAÑOLA (1993): *La eutanasia: 100 cuestiones y respuestas sobre la defensa de la vida humana y la actitud de los católicos*, Madrid, Palabra.
- FLECHA, J.R. (1986): «Eutanasia y distanasia en la doctrina de la Iglesia», *Moralia*, 30.
- FREY, R.G. (2000): «Distintos tipos de muerte», en DWORKIN, G. Y otros (ed.) (2000): *La eutanasia y el auxilio médico al suicidio*, Madrid, Cambridge University Press.
- GILLON, R. (1986): «Acts and omissions, killing and letting die», *British Medical Journal*, 292.
- HARRIS, J. (1981): «Ethical problems in the management of some severely handicapped children», *Journal of medical Ethics*, 7.
- HERRANZ, G. (1993): «El paciente terminal y la ética de la medicina paliativa», *Cuadernos de Bioética*, 16.
- IGLESIA CATÓLICA (1992): *Catecismo de la Iglesia Católica*, Madrid, Coeditores Litúrgicos et Alii-Librería editrice Vaticana.
- KUHSE, H. (1992): «Quality of life and the death of Baby M.», *Bioethics*, vol.6, nº3.
- ____ (1995): «Eutanasia» en SINGER, P. (ed.) (1995): *Compendio de Ética*, Madrid, Alianza Editorial.
- KÜNG, H. (1983): *¿Vida eterna?*, Madrid, Cristiandad.
- MORI, M. (1998): «Sobre la muerte digna y la moralidad de la eutanasia: cómo un enfoque utilitarista está cambiando nuestro punto de vista sobre el final de la vida», *Télos*, vol.VIII, nº 1.
- RACHELS, J. (1975): «Active and Passive Euthanasia», *The New England Journal of Medicine*, 9.
- REICHIENBACH, B.R. (1987): «Euthanasia and the active-passive distinction», *Bioethics*, vol.1, nº1.
- REILANDER, D. (1992): «Nancy B.'s right to decide», *The Spectator*, 4-II.
- SINGER, P. (1995): *Ética Práctica*, Cambridge, Cambridge University Press.
- SINGER, P. (1997): *Repensar la vida y la muerte. El derrumbe de nuestra ética tradicional*, Barcelona, Paidós.

- SULLIVAN, Th. D. (1977): 'Active and Passive euthanasia: an Impertinent distinction?', *The Human life Review*, 3.
- WREEN, M. (1988): 'The definition of euthanasia', *Philosophy and Phenomenological Research*, 4.