



EGUZKILORE

(Flor protectora contra las fuerzas negativas)

Cuaderno del Instituto Vasco de Criminología
San Sebastián, N.º 9 - 1995.

• Antonio Beristain. Presentación - Aurkezpena	7
• Hans-Jürgen Bartsch. Política criminal contemporánea. Perspectivas europeas	9
• Thilo Firchow. Elementos de presentación del sistema legal de protección de la infancia en Francia	17
• Hans-Heinrich Jescheck. El principio de culpabilidad como fundamento y límite de la punibilidad	25
• Luis Murugarren. Historia de las cárceles donostiarras	39
• Luciano Tavazza. El Voluntariado penitenciario en Italia	75
• Naciones Unidas. Informe sobre las víctimas del crimen y de abuso de poder	83
Manifiesto de Nuremberg	93

CURSO DE VERANO: "Eutanasia y Criminología: hoy y mañana"

• Juana Teresa Betancor. El testamento vital	97
• José Luis Díez Ripollés. Eutanasia y Derecho	113
• José Antonio García-Andrade. La relación médico-enfermo .. Eutanasia y Criminalidad	141 153
• Anton M. van Kalmthout. Eutanasia: el ejemplo holandés	163
• Ignacio Muñagorri. Negatividad social de la muerte voluntaria	195
• Antonio Beristain e Isabel Germán. Preguntas y opiniones acerca del morir con dignidad	203
• José Cruz Larrañaga y Luis M^a Barandiaran. ¿Nuevos horizontes de la eutanasia activa? (Comentario a la encuesta)	211

II Promoción de Master y VIII de Criminólogos	219
Nombramiento de Miembros de Honor a J.A. Cuerda y J. Pinatel ..	223
Memoria del IVAC-KREI	229

EGUZKILORE

Número 9.
 San Sebastián
 Diciembre 1995
 153 - 161

EUTANASIA Y CRIMINALIDAD

José Antonio GARCÍA-ANDRADE

*Profesor de Psiquiatría Forense
 Universidad Complutense
 Madrid*

Resumen: Se estudia el concepto de eutanasia como muerte sin agonía a través de la evolución histórica de los diferentes sistemas de ejecución. Asimismo se explican los problemas que pueden plantearse en la eutanasia en relación a la muerte cerebral, la hibernación, el coma cerebral, el coma vigil y la cuestión de la libertad. Para terminar se realiza una distinción entre la eutanasia y el derecho a una muerte digna.

Laburpena: Eutanasia kontzeptua ikertzen da agoniarik gabeko heriotza bezala, betetzeko sistema desberdinetako bilakaera historikoaren bidez. Era berean, Eutanasian planteia daitezken arazoak adierazten dira, heriotza zerebrala, hibernazio, koma zerebrala, koma bijila eta askatasunaren gaiari dagokienez. Eta bukatzeko, eutanasia eta heriotza duinari eskubidearen arteko bereizkuntza burutzen da.

Résumé: On étudie le concept d'euthanasie comme une mort sans agonie à travers l'évolution historique des différents systèmes d'exécution. On explique aussi les problèmes qu'on peut se poser sur l'euthanasie par rapport à la mort cérébrale, l'hibernation, le coma cérébral, le coma vigile et la question de la liberté. Pour finir, on mène une distinction entre l'euthanasie et le droit à une mort digne.

Summary: The euthanasia concept as a death without agony is studied through the historical evolution of different execution systems. Likewise, problems that can be raised about euthanasia, with regard to cerebral death, hibernation, cerebral coma, vigil coma and the liberty question, are explained. In the same way, it is made a distinction between euthanasia and the right to a worthy death.

Palabras clave: Eutanasia, Agonía, Muerte cerebral, Coma cerebral, Derecho a una muerte digna.

Hitzik garrantzikoak: Eutanasia, Agonía, Heriotza zerebrala, Koma zerebrala, Heriotza duinari eskubidea.

Mots clef: Euthanasie, Agonie, Mort cérébrale, Coma cérébrale, droit à une mort digne.

Key words: Euthanasia, Agony, Cerebral death, Right to a worthy death.

Las fronteras de la eutanasia son muy confusas, ya que en ocasiones una muerte puede interpretarse como natural desde el punto de vista Médico-Forense, o ser catalogada como suicidio, ayuda al mismo, colaboración con el homicidio o, incluso, ser un auténtico homicidio doloso camuflado con criterios eutanásicos.

Por ello, y desde el punto de vista criminológico, convendrá tener el concepto de que la eutanasia es una muerte sin agonía, para diferenciarla del concepto teológico de muerte en estado de gracia que, por supuesto, no nos corresponde, o con el farragoso y confuso concepto jurídico de la eutanasia.

No obstante, y aunque valoremos la eutanasia como muerte sin agonía, no supone que con ello hayamos despejado los conflictos de fronteras. Y, si no, para ello bueno será recordar la historia del garrote vil, que en España fue el sistema de ejecución de los delincuentes, si bien convendrá aclarar que no es un sistema exclusivo de nuestro país, pues incluso hace unos años, así fue ejecutada la compañera de Mao, en la gran Marcha China.

Inicialmente se utilizó la constricción de las extremidades mediante lazos, como sistema de interrogatorio en la Inquisición. Realmente no se necesitaba gran imaginación para, de las extremidades, pasar al cuello de la víctima, que permanecía con la espalda sentada y apoyada en un palo vertical al que se ataba el cuello con un lazo, el cual se retorció con un "garrote" hasta conseguir la estrangulación del reo.

Con estos sistemas se torturó, entre otros, a los médicos Juan de Salas y Torralba, por parte del brazo secular de la Inquisición.

Puestas así las cosas, no puede extrañarnos que Barrionuevo, en 1654, recibiera con especial contentamiento la sustitución del lazo de cuero por aros de hierro que se cerraban rápidamente sobre el cuello, dando lugar a la muerte "en un abrir y cerrar de ojos", ya que el mecanismo de muerte era complejo y múltiple: estrangulación, asfixia y rotura cervical con la consiguiente lesión del tronco cerebral, similar al descabello de los toros. Ello fue comprobado años más tarde, en el cadáver de Mariana Pineda, que fue ejecutada en 1831 por el simple hecho de bordar una bandera republicana. Al exhumar el cuerpo para rendirle honores, se observó la rotura de las 2ª y 3ª vértebras cervicales.

Conviene resaltar que estos sistemas de ejecución se establecían para suavizar las condenas; y, así, por ejemplo, a los arrepentidos se les evitaba llegar vivos a la hoguera, lo que ciertamente era una "gracia". Y fue por este criterio por el que en un Real Decreto de 1828, aprovechando el cumpleaños de su esposa, la reina, Fernando VII –y como regalo a su mujer– consideró que por "humanidad y decoro", se estableciese como sistema de ejecución el garrote vil en todos los lugares de su reino, es decir, para evitar la agonía y los sufrimientos del ajusticiado, lo que supone en principio un criterio eutanásico, al igual que la guillotina, que era otro procedimiento rápido de ejecución, evitando la tortura y el tormento que suponían otros sistemas, si bien eludiendo ese espectáculo sangriento y sanguinario del sistema francés, en el que, al final, el verdugo y los asistentes de las primeras filas, los "sans-coulotte" que asistían al espectáculo, terminaban todos bañados en sangre.

Afortunadamente, la guillotina ha sido uno de los pocos comportamientos del país vecino que no lograron traspasar las fronteras e imponerse en España.

Siempre ha existido el afán de evitar la agonía a los que van a morir, una vez superados los deseos de venganza. Por ello, se han buscado múltiples mecanismos para lograrlo, lo que tiene su más actual representación en la inyección letal de Estados Unidos, pero, eso sí, separando al médico-ejecutor de la víctima, mediante una mampara, de forma que primero se duerme al paciente y posteriormente se inyecta el tóxico, todo por vía endovenosa y en escasos minutos, aunque para ello y dado el carácter higienista americano, se trate unos días antes al condenado con potentes astringentes para evitar la defecación que se produce con los espasmos de la agonía.

De cualquier forma, todo tiene su antecedente en la historia del hombre, y así se estudió por la Royal Comisión inglesa el sistema de la muerte por persuasión; es decir, se trataba de convencer al reo que fuera él mismo quien se administrase el veneno, el que se le dejaba en la celda para que lo tomase en el momento que él considerase oportuno, asegurándole que era un sistema totalmente indoloro. Todo un primor. Quizá ello en recuerdo de Sócrates, que tomó él mismo la cicuta en un acto social, rodeado de amigos, cuando fue condenado a muerte por el Senado griego, en un sorprendente jurado compuesto por quinientos ciudadanos, y por la supuesta corrupción de la juventud ateniense, por parte del filósofo.

El miedo a la agonía siempre ha sido superior en la humanidad que el propio miedo a la muerte. Quizá por ello el término agonía –que significa lucha– es lo que establece las fronteras entre la vida y la muerte, estando esta lucha en ocasiones cargada de dolor y ansiedad.

De esta forma y al estar plena de conceptos mágicos éticos y morales la enfermedad, no tiene nada de particular que a los pacientes de rabia, en la Edad Media se les matase mediante sofocación con una almohada, evitando así el contagio por el “aliento satánico de los rabiosos”, y el gran dolor que suponía para estos pacientes las grandes contracturas musculares de la rabia, que finalmente les terminaba asfixiando. Es quizá esta práctica uno de los primeros sistemas de eutanasia utilizados por el hombre, pues el suicidio de los ancianos de algunos pueblos y culturas, alejándose de la tribu cuando consideran llegado su momento, para dejarse morir y no sobrecargar con sus limitaciones y dolores a los demás, vuelve a colocarnos en el conflicto de las fronteras eutanásicas, ya que esta costumbre no es propiamente un acto eutanásico sino un suicidio de carácter social, cultural y biológico.

En estos últimos años y dados los avances de la Medicina, la frontera entre la vida y la muerte ha experimentado un cambio notable, ya que se considera que el límite de la vida no es un acto, sino un proceso, lo que supone un ensanchamiento muy significativo de la frontera, y que ya los forenses siempre lo habíamos tenido en cuenta, lo que tenía un gran valor para establecer la data de la muerte, al entender que había sistemas y estructuras que “morían” más tarde, como son, entre otros, las faneras (pelos y uñas).

De ahí que la eutanasia propiamente dicha gire alrededor del intento de acortar lo más posible la duración de la agonía, y dado además que por los sistemas actuales de la Medicina se haya dado lugar a procesos agónicos distorsionados que alargan el tiempo y alteran la dinámica de la muerte, cuadros que reciben el nombre de distanasia, y, por lo que no pocas veces, nos asombran algunas historias de agonizantes mantenidos artificialmente con vida durante largo tiempo, siendo quizá los dos representantes más significativos Franco y Tito, a los que alargaron innecesariamente su agonía, constitutivos de un claro temor reverencial.

Para clarificar estos aspectos convendrá distinguir una serie de cuadros que pueden prestarse a equivocación, y de gran interés en los problemas de la eutanasia: la muerte cerebral, la hibernación, el coma cerebral y el coma vigil.

Muerte cerebral

Uno de los conceptos de mayor trascendencia actual, valiéndose del criterio de que la muerte es un proceso y no un acto, ha sido el de muerte cerebral, concepto en que se apoyó la Asociación Nacional de Médicos Forenses en 1979, en una Mesa Redonda del Colegio de Médicos de Madrid, al aprobarse la Ley de Transplantes, para facilitar y potenciar el nuevo concepto social de la muerte, que posibilitaba extraer órganos de un "cadáver asistido" para transplantarlos; es decir, se podían obtener vísceras de un cadáver que seguía respirando y latiendo, pero que cerebralmente estaba muerto, lo que supuso una auténtica revolución conceptual, y en la que los Magistrados encontraron la colaboración de los Forenses, que les hicieron entender que se podía mantener la respiración y el pulso en un cuerpo, pero estar éste muerto. Ello suponía, al fin, que la muerte radica en el cerebro, no en el corazón, lo que representaba un giro copernicano en el concepto de la muerte. La anulación de la función cerebral, cuando ella es irreversible, supone en definitiva la muerte.

La hibernación

Llevado por estos criterios, Bedford distendió extraordinariamente la frontera de la muerte recurriendo a la hibernación, en recuerdo del fenómeno natural de algunos animales, como el erizo, la marmota, el hamster, etc., que reducen la temperatura de su cuerpo en invierno, regido por ciclos hormonales, más que por factores ambientales.

Hasta el año 1966 se utilizaban dos variantes de hibernación para las anestias en operaciones quirúrgicas: la hipotermia y el enfriamiento por drogas gangliopléjicas, que bloquean el sistema neurovegetativo. En ese año, al autor citado, antes de "morir" de cáncer se le hibernó, situación en la que piensa permanecer hasta que se descubra un tratamiento efectivo para su dolencia. Para ello, utilizó un sistema especialmente complejo que actualmente es el usual: primero se duerme al paciente y se le inyecta heparina como anticoagulante; se masajea el corazón para que el cerebro siga irrigado; se conecta al paciente con un sistema pulmón-corazón y se desciende la temperatura mediante hielo hasta 8°C.; finalmente, se almacena el cuer-

po a -210°C , en nitrógeno líquido en cámara especial, habiendo antes sustituido los líquidos orgánicos con dimetilsulfoxido, evitando así que se produzcan cristales de agua y concentraciones excesivas de sales. Esperando así el “retorno”, a la manera de la película de Stanley Kubrick “Odisea del espacio 2001”.

El coma cerebral y coma vigil

A caballo entre la muerte cerebral y el coma vigil se encuentra el coma cerebral, ya que éste supone la ausencia de función en el tronco cerebral, de la respiración si no está asistida, y de los reflejos, deteniéndose el corazón en cuestión de poco tiempo y estableciéndose la muerte definitiva con un máximo de días, y siempre que no esté asistido el paciente médicamente mediante sistemas altamente sofisticados, pues, si no, la muerte es más inmediata, en tanto que en el estado vigil, o coma vigil, o estado vigil permanente, lo que no existe es la función cortical, con desconexión de la sustancia blanca, pero conservando la función del tronco encefálico, lo que permite al paciente respirar espontáneamente, conservar algunos reflejos y vivir semanas, meses o años, lo que constituye una gran pesadilla para las Casas de Seguros.

Estos cuadros someramente reseñados suponen una gran variedad de actitudes con respecto a la eutanasia, pues en ocasiones son una clara expresión del “encarnizamiento terapéutico”, manteniendo la vida como padecimiento físico y más allá de lo natural, como concepto de la vida y sus límites.

La muerte cerebral, una vez diagnosticada no precisa de ningún tratamiento, debiéndose dejar al cadáver sin ningún tipo de asistencia, y una vez cumplidas, si existen, las maniobras para posibilitar la extracción de órganos, de cara a su trasplante.

El coma cerebral plantea más problemas éticos y terapéuticos, pues en ocasiones son reversibles, debiéndose por tanto establecer un estricto diagnóstico y pronóstico, a veces difíciles por las fronteras confusas con la muerte cerebral.

La hibernación supone una clara distorsión de la vida, estando aún sin despejar muchas de las incógnitas del futuro de estos cuerpos, en los que todavía no sabemos si están muertos o persisten vivos, en plena frontera con la ciencia ficción, y en un síndrome totalmente novedoso tal cual es la paralización de la vida, la agonía y la muerte.

El coma vigil plantea menos problemas, ya que sus cuidados son mínimos, reduciéndose toda terapia a alimentarlos por sonda nasogástrica, facilitar la emisión de sus emuntorios y cambiarlos periódicamente de postura, esperando pacientemente a su muerte, pero sabiendo que no padecen dolor ni sufrimiento ya que carecen absolutamente de conciencia; es decir, no son conscientes de que son conscientes, lo que constituye el núcleo de la vida humana, la de ser autores y espectadores de la propia existencia y, por tanto, carentes también de cualquier atisbo de libertad. Todo en ellos es puro vegetalismo, pero que nos impide suprimir sus cuidados mínimos, dejándoles morir de hambre.

La libertad

El nudo principal de la eutanasia es el de la libertad, por lo que en los casos anteriores quizá no deba hablarse de eutanasia pues el paciente carece de elección, y su agonía, aunque larga, es totalmente indolora, limitando el médico su actitud a una terapia ponderada.

En este sentido, tampoco debe hablarse de eutanasia en aquellos pacientes en los que por defecto de inteligencia, se carece de la posibilidad de conocer y, por tanto, de querer. Me estoy refiriendo a los cuadros profundos de oligofrenias y de demencias, si bien en estas últimas, en la actualidad, puede hacerse un diagnóstico en las primeras fases, cuando aún el paciente discierne, conoce y quiere de sus actos, lo que crea un importante problema, ya que en esas fases aún no puede hablarse de agonía, aunque las demencias o trastornos psico-orgánicos puedan adoptar un carácter progresivo y sin posibilidad de remisión; o, lo que es aún más inquietante, conocer incluso con años de anticipación un proceso degenerativo a través de los estudios genéticos. En base a todo ello, el ex-presidente americano Reagan escribió una emotiva carta a sus conciudadanos, despidiéndose con claridad de conciencia de ellos, antes de que la enfermedad de Alzheimer oscureciera absolutamente su mente.

Por supuesto que entre los cuadros que anulan la libertad y, por tanto, la posibilidad de eutanasia, se encuentran las psicosis depresivas, sin duda una de las enfermedades que hacen sufrir más a los pacientes y que con tanta frecuencia les lleva al suicidio. Y pronuncio además con especial énfasis esta negativa ya que al remitir la fase depresiva, el enfermo se alegra de no haber logrado sus deseos o intentos de autólisis, o de que éstos le fueron impedidos.

En íntima relación con los cuadros depresivos se encuentran el suicidio ampliado y el pacto de muerte. En el primero, el depresivo, antes de suicidarse pone fin a la vida de sus seres queridos "para que no sufran", pero sin su consentimiento, en tanto que en el segundo, la pareja de amantes –tanto da hetero como homosexuales–, deciden poner fin a sus vidas en un patético acuerdo de muerte compartida o en los suicidios pactados de la tercera edad, que están experimentando un gran aumento, en el que tantas veces participa uno de los componentes sano, o aún no deteriorado, que no desea dejar morir al otro, condenado ya a un final próximo por una enfermedad terminal o degenerativa.

Como se ve, en estos cuadros pueden mezclarse confusamente muerte natural, suicidio, suicidio ampliado, homicidio o colaboración al homicidio, o incluso simular un pacto de muerte con muerte de uno de ellos y un fallo intencionado del supuesto suicida, lo que conlleva un estudio forense de gran interés y en los que la valoración de la dinámica de la muerte es muy importante.

En estos últimos años ha hecho su aparición un concepto ampliado de la dependencia, no restringida a las drogodependencias, ya que se puede perder la libertad, esto es, crear dependencia, no poder decir no, no sólo ante los tóxicos sino incluso ante la televisión, el juego, el sexo, o, lo que más nos interesa ahora, ante la propia patología. Es decir, que existen una serie de enfermedades que privan al paciente en absoluto de cualquier atisbo de conducta libremente aceptada, y están

permanentemente necesitados de asistencia y cuidados por parte de terceras personas, dependencia que incluso les priva de poder poner en marcha mecanismos de autólisis, salvo las huelgas de hambre, pero incluso para mantenerlas no son libres del todo, porque para ellos exige un especial esfuerzo y por supuesto una larga y penosa agonía que, en ocasiones, puede ser quebrada mediante alimentación artificial.

Aunque las dependencias pueden ser psíquicas, de las que ya hemos hablado (oligofrenias y demencias), es quizás más importante ese otro grupo de las dependencias físicas, entre las que suponen un especial interés las tetraplejas, trastornos en los que lo único indemne en el paciente es del cuello para arriba, pero permaneciendo totalmente anulados el cuerpo y las cuatro extremidades, circunstancia altamente penosa en la que además se priva a estos enfermos de su libertad más auténtica: la libertad ante la muerte, ya que si existe el derecho a la vida debe entenderse como derecho el de morir, no pudiendo imponer a nadie el vivir si el hombre realmente no lo desea, aunque el gran problema radica en que el ejercicio de este derecho sea ejercido no por el propio sujeto sino por un tercero.

No se trata de reclamar el derecho a matar, sino de asistir a un paciente en su agonía y que muera dignamente. El problema surge porque el enfermo no desea vivir, ya que si lo desea no existe problema. Y ya no hablamos de dolor sino simplemente de sufrimiento absoluto ante una realidad que les es negada, aunque ciertamente algunos pacientes no lo sientan, como el del gran físico inglés Hopkins, el que vive desde su cerebro, sin precisar más necesidades, puesto que incluso habla artificialmente.

El conflicto médico en la eutanasia es permanente, pues aunque filosóficamente se acepte, se da el rechazo al hecho material de la inyección letal, lo que vulgarmente se conoce como "el poner el cascabel al gato", y supone el controvertido acto de intervención en un hecho no prohibido, tal cual es el suicidio. Los médicos siempre estamos condicionados, y como una de las bases del conflicto, por el juramento hipocrático: "nunca daré a nadie ni siquiera por complacencia un remedio mortal, ni un consejo que pueda conducir a su ruina". Es decir, que se nos enseña a salvaguardar la vida, a asegurar una vida digna, al libre desarrollo de la personalidad y a un rechazo absoluto a los tratos inhumanos, pero se nos solicita un acto mortal por parte de algunos pacientes.

Las terapias en ocasiones chocan con el juramento hipocrático, entrando no pocas veces en la distansia o distorsión de la agonía, o enfrentándose a la ortotanasia, o sea, el dejar obrar a la naturaleza, dejando morir al enfermo terminal, en actitudes pendulares entre mantener innecesariamente una vida por debajo de mínimos, en producir la muerte o en dejar morir.

El problema es tan acuciante que la tercera Asamblea General Mundial de la Asociación Médica de Ginebra, en septiembre de 1948, mantenía el deber de proteger la vida desde la concepción.

En el XVI Congreso de Medicina Legal, Duvoir sostenía el mismo criterio, al igual que Poumaillon en 1950, en la Asamblea General de la Asociación Médica Mundial, que se declaraba contrario a la muerte por piedad, existiendo en ello una

nueva confusión y es la de que la eutanasia no es ni debe ser nunca un acto piadoso sino un acto profesional, a solicitud de un enfermo en una dolencia terminal, no fásica ni periódica, como puede serlo la depresión, y en situaciones de graves padecimientos, no sólo de dolor, pues como ya dijimos, del dolor debemos tener un concepto psico-somático; es decir, es un acto terapéutico a un paciente que libremente solicita una asistencia no “a la muerte” sino “en la muerte”, rechazando de plano que nadie puede obligar a vivir a otro, y menos el Estado a través de sus Leyes, muchas veces contradictorias e hipócritas como es el de diferenciar ente la eutanasia directa o indirecta, lo que, como muy acertadamente opina Cobo del Rosal, no puede diferenciarse objetivamente.

La muerte digna

Finalmente, convendrá distinguir entre lo que es propiamente la eutanasia y lo que se ha dado en llamar el derecho a una muerte digna, que supone la oposición a la prolongación de la vida mediante sistemas de soporte vital extraordinarios en situaciones terminales de cuadros de por sí irreversibles. La diferencia no es sólo conceptual, sino incluso de actitud. En la eutanasia debe existir un deseo de terminar con la vida, fuera de situaciones propiamente depresivas, y dado todo en una enfermedad terminal, irreversible, dolorosa o no, pero cargada de sufrimiento. Es decir, existe una clara actitud libre y comprometida de poner fin a la vida, en tanto que ese mismo deseo en los casos de “muerte digna” es apelar al derecho que tiene todo hombre de no ser cosificado en los últimos días, en aras de un supuesto criterio de mantener a toda costa una vida bajo mínimos inaceptables, reconociendo una prolongación que se les impone, pero sin desear en definitiva el morir. Es decir, que en esto último –el deseo– radica esa fina diferencia de estos cuadros, tantas veces confusos, pero entendiendo que en la eutanasia, como ejercicio de libertad, debe existir consciencia para solicitar la muerte, y en los casos de muerte digna ello no es en ocasiones ni siquiera una petición consciente actual, sino incluso antigua, y lo que se pide es simplemente –aunque ya no se esté consciente– no prolongar una inutilidad tantas veces encarnizada, y tantas veces por insistencias familiares, o, lo que en ocasiones es más cruel, para cumplir con criterios estadísticos de gestión hospitalaria, lo que supone finalmente que la eutanasia, tanto da si es la llamada directa como indirecta, es una actitud positiva de intervención aunque la intención no sea la misma, y la muerte digna que se corresponde con la llamada ortotanasia, ya referida, en la que se deja transcurrir los hechos sin participar en los mismos. Quizá el mejor ejemplo para comprender estas situaciones se corresponda con la terapia en cuadros terminales con mórficos, aun cuando éstos puedan acelerar la muerte, tanto da si es a través de un mecanismo directo como indirecto, para atemperar al sufrimiento o el dolor.

La problemática de la eutanasia es sin duda uno de los cuadros más trascendentes, con lo que, tarde o temprano nos enfrentamos todos y en los que sin duda debe quedar a salvo la libertad del Hombre, pero de cada uno por sí mismo, sin imposiciones legales, y declarando en definitiva que, como médico, para mí la salud está por encima de la Ley, y no puede ninguna Ley imponerse a los valores más íntimos de cada sujeto obligándole a seguir viviendo con comportamientos limítrofes con

la santidad o el heroísmo, valores muy dignos de atención pero que no deben imponerse.

Occidente se resiente del criterio hebreo de considerar la enfermedad como expiación, y lleva este criterio a sus últimas consecuencias, imponiendo legalmente los mismos y desconociendo el auténtico sentido del Dolor como información, y del sufrimiento como complemento en el desarrollo del Hombre.

¿QUÉ RECONCILIACIÓN?

... ¿Qué quiere decir que los vascos nos reconciliemos unos con otros? En este país no hay más que dos facciones: la de quienes respetan la vida y los derechos humanos (por tanto individuales) de sus conciudadanos y la de quienes asesinan, torturan, o justifican a quienes asesinan y torturan. En el primer grupo hay muchas diferencias ideológicas, muchas antipatías personales, proyectos de sociedad radicalmente distintos y está muy bien que así sea porque ello quiere decir que nuestra comunidad está viva y es libre. Irreconciliables en muchos aspectos como estamos nos divertiremos más que reconciliados y nos vigilarémos mejor. Pero con el segundo grupo (es decir, no con las personas sino con su método violento de autoafirmarse) ni puede ni debe haber reconciliación posible. En cuanto un violento deja de serlo, pasa automáticamente al primer grupo y ya no hace falta reconciliarse con él; mientras sigue siendo violento, reconciliarse con él supondría romper la conciliación propiamente política, constitucional, lo cual es de todo punto suicida.

Hay otras preguntas: ¿podrán algún día reconciliarse consigo mismo los que han vivido matando? ¿o los que han vivido alentando y legitimando sus crímenes? ¿podrán reconciliarse las familias de las víctimas con quienes les causaron *injustamente* un daño incalculable? ¿podrán aspirar los asesinos a alguna benevolencia penal especial cuando cese el terrorismo y sus falsos remedios contraterroristas? Francamente, lo ignoro. Lo único de que estoy seguro es que durante mucho tiempo, tras la última bomba y el último tiro en la nuca, seguirán abiertas demasiadas llagas y los vascos tendremos que someternos a un doloroso examen de conciencia, como los alemanes tras el fin de los horrores nazis.

Fernando Savater, “¿Qué Reconciliación?”, en AA.VV., *Imaginando la Reconciliación en Euskal Herria*, Denon Artean. Paz y Reconciliación, San Sebastián, 12 abril 1995, pp. 98 s.