

# **EUTANASIA**

## **Francisco Javier Rivas Flores**

El ser humano, dentro de la naturaleza, es el individuo biológico que tiene conciencia de su propia muerte, tiene conciencia de su muerte y de lo que esto significa para su vida<sup>1</sup>, además vive la muerte en la muerte de los otros, lo que lleva a la búsqueda de una buena muerte, no se ve morir en los otros hombres que mueren.

En estos momentos el tema está vivo y el debate presente, en gran medida porque el paciente se ha descubierto como un sujeto de derechos, altamente positivo pero no exento de dificultades como son su aplicación y si deben tener algunos límites<sup>2</sup>. Pero como se verá a continuación este debate ha estado presente en bastantes momentos de la historia.

### **Notas históricas**

En su etimología significa buena muerte. Procede del griego *euthanatos* Eutanasia (eu=buena, correcto, adecuado; thanatos=muerte), Hay muchas maneras de morir, pero los griegos consideraban que la muerte perfecta, buena (eu) era la que se producía de según la naturaleza.

A pesar de este significado lingüístico, su contenido ha variado a lo largo de la historia<sup>3</sup>, sobre todo porque las condiciones en las que se produce el fallecimiento de las personas ha ido variando, siendo en el pasado siglo cuando se han producido los cambios más importantes.

Históricamente el término Eutanasia se usó en el mundo grecorromano en el sentido literal del término, es decir muerte tranquila, en paz, sin dolores como recoge el testimonio del historiador Suetonio al describir la muerte del emperador César Augusto dijo que “tuvo la Eutanasia que siempre había deseado, es decir, una muerte tranquila y en paz, sin dolores, deseo que manifestó en reiteradas ocasiones cuando conocía que la muerte de algún allegado se había producido en paz”. Sin embargo en esta época se defendía, por parte de los estoicos, que tanta influencia ejercieron en el cristianismo en otros temas, que

en caso de presentar enfermedad grave de carácter irreversible, con dolores “insufribles”, el hombre debe asumir su propia muerte, y, aunque no lo expresa con el término de Eutanasia sí en su significado. Consideran que las personas deben dejar la vida con nobleza más que esperar pasivamente al igual que sucede en otros pueblos primitivos. También en esta época están las recomendaciones hipocráticas a los médicos que incluyen el abstenerse de intervenir cuando el paciente está moribundo, fruto de su filosofía naturalista de la medicina, entendiendo que la naturaleza era la que obraba en el organismo una vez establecida la terapéutica y que el hombre no es capaz de modificar, prohibiendo al mismo tiempo que se facilitaran los medios para terminar con la vida del enfermo, o que se colaborara en su suicidio.

El concepto de Eutanasia en el sentido de aceleración de la muerte se recupera en el Renacimiento<sup>4</sup>. Es el filósofo Francis Bacon en su obra “*De dignitate et augmentis scientiarum*” (1605), quien le dio el carácter que tiene actualmente, aunque previamente el canciller inglés Tomas Moro, un santo canonizado por la Iglesia Católica la defiende en su libro *Utopía*, si bien es cierto que establece que la decisión deber aprobada por un Tribunal de sacerdotes y magistrados.

Bacon diferencia dos tipos: la "Eutanasia exterior" como término directo de la vida y la "Eutanasia interior" como preparación espiritual para la muerte. Con esto, Bacon se refiere, por una parte, a la tradición del “arte de morir” como parte del “arte de vivir”, pero agrega a esta tradición algo que para la Edad Media era una posibilidad inimaginable: la muerte de un enfermo ayudado por el médico. El texto dice: “En nuestros tiempos los médicos hacen cuestión de escrúpulo y religión del 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”<sup>5</sup>.

Un carácter básico del pensamiento de estos autores es la voluntariedad o petición del enfermo. A este respecto escribe Moro en su *Utopía*:<sup>6</sup> "Como ya dije, [los utópicos] cuidan con el mayor afecto a los enfermos y no se omite nada de lo que pueda contribuir a curarlos, alimentos o medicinas. A los que padecen algún mal incurable les consuelan haciéndoles compañía y conversando con ellos, y proporcionándoles todo lo que conduzca a aliviar en lo posible su mal. Si éste no sólo es incurable, sino que aflige al enfermo con incesantes sufrimientos, los sacerdotes y magistrados exhortan al paciente a que, puesto que ya no puede realizar ninguna cosa de provecho en la vida y es una molestia para los otros y para sí mismo, por el hecho de que sobreviva a su propia muerte, no debe alimentar por más tiempo la peste y la infección. Dado que la vida es un tormento para él, que no rechace morir, lleno de esperanza de librarse de una vida acerba cual una cárcel y de un suplicio, o permita de buen grado que otros le libren de ella. Con la muerte no pondrá fin a nada bueno sino sólo a su propio tormento. Y como es ése el consejo de los sacerdotes, intérpretes de la voluntad de Dios, proceder así será obra piadosa y santa. Los que son persuadidos se dejan morir voluntariamente de inanición o se les libra de la vida durante el sueño sin que se den cuenta de ello. Este fin no se impone a nadie y no dejan de prestarse los mayores cuidados a los que rehúsan hacerlo, mas honran a los que así abandonan la vida. Si alguien se diera muerte sin causa reputada válida por los sacerdotes y el Senado, no es considerado digno de la tierra ni del fuego. Su cuerpo, privado ignominiosamente de sepultura, es arrojado a un pantano..." "Quien se ha convencido de esto, quien termina su vida, ya sea voluntariamente a través de la abstención de recibir alimentos o es puesto a dormir y encuentra salvación sin darse cuenta de la muerte. Contra su voluntad no se debe matar a nadie, se le debe prestar cuidados igual que a cualquier otro".

Para entender estas posturas es preciso recordar cómo se producía la muerte en estas épocas. En la mayoría de los casos eran productos de accidentes, bien domésticos o de trabajo o por motivo de heridas de guerra o por las tremendas infecciones que afectaban a poblaciones enteras. Los remedios médicos no eran capaces de controlar estas manifestaciones, al no existir fármacos o procedimientos que los aliviaran de manera efectiva.

Es el siglo XIX cuando estos argumentos entran en el debate público, propugnando la Eutanasia voluntaria. Debates en los que tuvieron gran importancia las propuestas de Schopenhauer y Nietzsche que apelaban al derecho de la persona autónoma para poner fin a sus vidas cuando la enfermedad terminal extingue los placeres y su utilidad social. Al disminuir la secular influencia de la Iglesia el debate se centra en los médicos que desde el descubrimiento del cloroformo y la morfina podían controlar el dolor – y la vida- con facilidad. Los códigos deontológicos médicos establecen el deber de los médicos de no abandonar a los pacientes en caso de enfermedad incurable y a no realizar prácticas de acortamiento de la vida. Época que desde el punto social se caracteriza por pérdida de la unidad religiosa, de la secularización de la vida, el liberalismo individualista, el positivismo filosófico, la Revolución Francesa (con el cambio en el orden social) y la lenta, pero real, pérdida de influencia religiosa en la sociedad, en la que se produce una profunda mutación en concepciones fundamentales acerca del hombre, de la vida humana y de su situación en la escala de valores.

Desde el siglo XIX los hospitales van cobrando importancia en el mundo sanitario al ser el espacio en el que se va centrando la asistencia sanitaria, en gran medida por la gran especialización que va alcanzando y la introducción de alta tecnología que permite salvar vidas al suplir funciones vitales cuya consecuencia más palmaria es la posibilidad de prolongar la vida biológica durante un tiempo prolongado. La llegada de fármacos que permiten controlar enfermedades de pronóstico infausto en poco tiempo han posibilitado la oportunidad de vencer a la enfermedad y su manifestación más acuciante, el dolor, como en ninguna otra época de la historia. En estas circunstancias se puede hacer complejo poner fin a estas medidas terapéuticas resultando que en esta época también se muere mal. Se asiste a una atención altamente tecnificada pero pobremente humanizada.

A diferencia de lo que ocurrían los siglos precedentes en los que la muerte formaba parte de la cultura, estaba presente en las casas y en las familias (de ahí que algunos como Ariès hablen de la muerte domesticada), todos participaban de este acontecimiento, en nuestra era la muerte es un tabú que hay que ocultar, es lo que Ariès denomina la muerte escamoteada, prueba de ello es

que cuando los medios de comunicación se refieren a la muerte de una persona se maquillan los términos, hablando de larga y penosa enfermedad en lugar de referirse al cáncer que terminó con su vida. En este contexto no es de extrañar que el moribundo, que nos recuerda la presencia de la muerte, haya sido apartado siendo muy difícil la relación con él o ella. La persona moribunda nos enfrenta con nuestra propia muerte y para ello hemos perdido los resortes que antiguamente nos daba la sociedad y ante esta situación la tendencia es huir, se procura que el paciente ingrese en un hospital, muchas veces no tanto para el tratamiento del enfermo sino para evitar a la familia pasar por esta situación en el domicilio, donde los recuerdos van a permanecer más tiempo. Es más en el contexto sanitario está estudiado que los sanitarios, en los hospitales generales, permanecen menos tiempo con los enfermos “desahuciados” que con los enfermos recuperables<sup>1</sup>.

En este siglo y desde mediados del anterior y en nuestro contexto cultural de primer mundo estamos asistiendo a un cambio en el morir, así hoy no se puede hablar de muerte natural, sino que toda muerte es intervenida<sup>7</sup> (muy pocas personas escapan al control sanitario), no depende tanto de la naturaleza cuanto de la intervención del hombre: medidas de apoyo vital, unidades de cuidados intensivos, diálisis, respiradores, etc., son medios directos de intervención en el proceso de morir; la asistencia sanitaria en la calle o tras accidentes ha cambiado radicalmente, al mejorar de manera muy eficaz la atención en estas circunstancias.

### **Conceptos de Eutanasia:**

Varias son las definiciones que se ha ido dando del término Eutanasia, recojo aquí las más significativas:

- La acción realizada en el cuerpo de otra persona, a petición explícita y reiterada de ésta, con la intención de poner fin a su vida<sup>8, 9</sup>.

---

<sup>1</sup> No se hace referencia a las Unidades de Cuidados Paliativos en los que se dedica el tiempo que cada paciente precisa, en las que siguiendo la filosofía de la Dra. Kübler-Ross lo importante es acompañar, saber estar cerca y saber responder a lo que el paciente demanda en cada momento.

- Acciones realizadas por otras personas, a petición expresa y reiterada de un paciente que padece un sufrimiento físico o psíquico como consecuencia de una enfermedad incurable y que él vive como inaceptable, indigna y como un mal, para causarle la muerte de manera rápida, eficaz e indolora<sup>10</sup>.
- El acto deliberado de dar fin a la vida de un paciente, aunque sea por su propio requerimiento o a petición de sus familiares<sup>11</sup>.
- Una acción o una omisión que por su naturaleza, o en las intenciones procura la muerte, con el fin de eliminar todo dolor. La Eutanasia se sitúa, por tanto, a nivel de las intenciones y de los medios usados<sup>12</sup>.
- Conducta (acción u omisión) intencionalmente dirigida a terminar con la vida de una persona que tiene una enfermedad grave e irreversible, por razones compasivas y en un contexto médico<sup>13</sup>.
- Comportamiento que, de acuerdo con la voluntad o el interés de otra persona que padece una lesión o enfermedad incurable, generalmente mortal, que le causa graves sufrimientos y/o le afecta considerablemente a su calidad de vida, da lugar a la producción, anticipación, o no aplazamiento de la muerte del afectado<sup>14</sup>.

Elementos comunes a todas estas definiciones son<sup>15</sup>:

- Elemento objetivo: Se entiende como tal la situación personal de enfermedad grave e incurable y que se acompaña de graves sufrimientos y dolor, y que se hace muy penosa para el sujeto.
- Elemento subjetivo: Supone la petición de muerte por parte de la persona, manifestada, por lo general con carácter explícito y de manera reiterada.
- Elemento transitivo<sup>16</sup>: Implica la necesidad de una persona que causa la muerte, y que no todas las definiciones recogen que tiene que ser un médico.

- Elemento operativo: En algunos casos no se habla de acciones como tales sino de conductas y actitudes que conducen a la muerte. Incluye, por tanto la administración de fármacos de manera directa como la indicación de las acciones conducentes a la muerte de la persona.

Eliminamos pretendidamente las diferentes clasificaciones de la Eutanasia por considerar que no aportan más que confusión al concepto.

### **Valoraciones en torno a la Eutanasia.**

Podemos afirmar que en este momento histórico concurren dos visiones distintas sobre el tema y que parten de concepciones diferentes del hombre y de su dignidad.

El concepto de dignidad es difícil de definir pero tiene que ver con la capacidad de autogobierno y autonomía y con un carácter sacral de la vida, según el planteamiento socrático. Desde el Renacimiento la dignidad ha sido considerada como la superioridad del ser humano sobre los otros seres vivos, superioridad que radica en la capacidad de “modelarse uno mismo”, o sea, dotar de sentido a la existencia propia, pero también, desde una acepción trascendente de la vida, la dignidad es un atributo del ser humano en cuanto que está ligado a Dios. La dignidad de los hijos de Dios.

La idea de dignidad personal se apoya en cuatro puntos que pueden ser complementarios y no excluyentes<sup>17</sup>:

Uno sería la dignidad desde el punto de vista ontológico, referida a que toda persona tiene una sublime dignidad por el mero hecho de ser persona. Esta dignidad es absoluta y no es modificable bajo ninguna circunstancia.

El segundo sería la dignidad humana bajo el punto de vista ético, y se basa en la filosofía moral de Kant, tanto en «*La crítica de la razón práctica*» como en la «*Metafísica de las costumbres*» expone que el hombre debe ser tratado como un fin en sí mismo y nunca como un mero instrumento o como un medio.

Un tercer concepto de dignidad sería el de orden jurídico que reflejan los textos legales, tanto la Constitución como otros (Ley de autonomía del pacien-

te), en las declaraciones europeas o en las declaraciones internacionales de naturaleza jurídica como el Convenio de Bioética, etcétera. Según este concepto jurídico, la persona humana, precisamente por causa de su dignidad ontológica y ética es merecedora de unos derechos que le protegen frente a determinados abusos o violaciones.

Un cuarto concepto de dignidad humana es la dignidad volitiva. Según esta tesis, la persona humana es digna precisamente porque es un ser libre, y si se vulnera su dignidad es cuando se vulnera su libertad. Si a una persona se le vulnera su libertad deja de ser digno.

En nuestra sociedad, confluencia y referido a la disponibilidad de la vida se argumentan dos postulados filosóficos sobre el origen la dignidad humana y lo que suponen en la praxis:

- La que considera la vida y la muerte dependientes de Dios y como un proceso natural y que la persona no tiene que interrumpir.
- La que entiende que la dignidad de la condición humana tiene que incluir la autonomía ante la muerte, cuando la persona considera que la vida humana ha dejado de serlo porque ya no tiene sentido.

Son dos concepciones de la dignidad portadoras de valores, igualmente respetables y ampliamente difundidas en la sociedad, que dan lugar a dos actitudes ante la Eutanasia, difícilmente reconciliables<sup>18</sup>.

#### Asociaciones a favor de la Eutanasia:

Partimos de la idea de que hay una diferencia entre muerte y fallecimiento. El fallecimiento se produce cuando la muerte, entendida como la cesación de las funciones vitales de manera irreversible y que provoca la descomposición en el orden biológica, se vive como un acto personal, tal y como se describe la muerte de Augusto relatada por Suetonio. En la descripción, el Emperador consciente de la proximidad de su muerte se prepara para ella, la persona ha hecho algo más que morir, ha entregado su persona. Esta concepción es muy importante para entender algunas de las posturas que están a favor de la Eutanasia.

Los defensores de la Eutanasia, que manifestaron su postura en un Manifiesto a favor de la Eutanasia publicado en la Revista *The Humanist* y que estaba firmado por los premios Nóbel Monod, Watson y Crick en 1975<sup>19</sup>, resumen su postura en los siguientes puntos:

1. Afirmación decidida de la autonomía personal, y por tanto tiene el derecho a disponer de su enfermedad terminal y de su muerte.
2. El sinsentido del dolor y el sufrimiento, el concepto de pérdida de dignidad personal al sufrir dolores no deseados.
3. La medicalización de la muerte al considerar positivamente el uso de fármacos calmantes, lo que puede permitir que el enfermo vivencie de una manera más humana la proximidad de la muerte.
4. La importancia que se da a las Instrucciones Previas como manifestación documental de la voluntad del paciente con indicación expresa de no utilizar medios que mantengan la vida mediante medios extraordinarios.
5. El reconocimiento del derecho que tienen los pacientes a poder disponer de la propia vida.

### Iglesia Católica

La Iglesia católica en varios textos ha manifestado claramente su postura frente a la muerte. El texto más significativo es la declaración *Iura et bona* sobre la Eutanasia del año 1980<sup>20</sup>, en la que se condena de manera taxativa la Eutanasia, puesto que se trata de una violación de la ley divina, de una ofensa a la dignidad de la persona humana, de un crimen contra la vida, de un atentado contra la humanidad. Al mismo tiempo reconoce la legitimidad del uso de analgésicos para tratar el dolor, reconociendo sus efectos secundarios, aconseja su uso prudencial, no en un sentido restrictivo sino de responsabilidad en su manejo, lo que supone seguir los protocolos médicos sobre uso de estos fármacos<sup>21</sup>. Incluso expresa una condena al conocido como encarnizamiento terapéutico, dado que es "lícito en conciencia tomar la decisión de renunciar a

unos tratamientos que procurarían únicamente una prolongación precaria y penosa de la existencia”<sup>22</sup>.

Postura que se mantiene en la *Carta de los Agentes Sanitarios del Pontificio Consejo para los Agentes de Salud*<sup>23</sup> que expresa que la Eutanasia es un acto homicida, que ningún fin puede legitimar, situándolo dentro de una cultura en la que se destaca la menor importancia que se da a la vida como valor en sí misma; la concepción de la calidad de vida en términos de eficiencia y de placer psicofísico; una visión de la muerte como fin absurdo de una vida considerada ya privada de sentido; el prescindir de Dios que hace al hombre responsable sólo delante de sí mismo y de las leyes de la sociedad.

Doctrina que también recoge la Encíclica *Evangelium Vitae*, de 25 de marzo de 1995, introduciendo algunos temas novedosos como el reconocimiento de los cuidados paliativos, como aquellos que tienen la finalidad de “hacer más soportable el sufrimiento en la fase final de la enfermedad y, al mismo tiempo, asegurar al paciente un acompañamiento humano adecuado”<sup>24</sup>

Pero por otro lado se afirma que no existe por parte del médico ni del paciente la obligación de prolongar siempre la vida de este último, de manera que se evite el tecnicismo abusivo (encarnizamiento terapéutico), reafirmando el derecho a morir con toda serenidad, con dignidad humana y cristiana. Rechazando el uso de medios desproporcionados asume la condición humana mortal y finita. Pero al mismo tiempo recoge la realidad social que supone el rechazo de la sociedad para asumir e integrar la muerte, la dificultad para acompañar al enfermo terminal en sus angustias y en sus sufrimientos.

### **Valoración legal de la Eutanasia**

Lo primero que hay que reconocer, siguiendo a Nuria Terribas<sup>25</sup>, es que no hay una interpretación jurídica unánime con respecto al significado del bien jurídico vida que según el artículo 15 de nuestra Constitución hay que defender. Recordamos el enunciado de este artículo: “Todos tienen derecho a la vida y a la integridad física y moral, sin que nadie pueda ser sometido a tortura ni a penas inhumanas y degradantes”.

Las interpretaciones han dado lugar, aunque de una manera muy simplificada, a dos posturas, por una lado una corriente que se puede denominar “vitalista”, que interpreta este artículo como una declaración inequívoca del derecho a la vida como un derecho supremo, sobre el que se sustentan todos los demás, siendo el estado el que debe garantizarlo; y otra postura a favor de una “disponibilidad de la propia vida” de quienes interpretan que no se puede imponer a nadie la vida, por lo que toda actuación que pretenda impedir el libre ejercicio de ese derecho o prolongar la vida contra la voluntad del titular debería ser contraria al artículo 15 de la CE por ser “inhumana y degradante”. Las distintas sentencias del Tribunal Constitucional tampoco han sido clarificadoras de la interpretación más adecuada.

Así las cosas la Eutanasia, en nuestro país, es un delito tipificado en el artículo 143 del Código Penal del año 1995, que expresa “el que causare, o cooperare con actos necesarios y directos, la muerte de otro, por petición expresa, seria e inequívoca de éste, en el caso de que la víctima sufriera una enfermedad grave que conduzca necesariamente a su muerte, o que produjera graves padecimientos permanentes y difíciles de soportar será castigado con la pena inferior en uno o dos grados a las señaladas en los números 2 y 3 de este artículo”. Es importante notar que en este artículo se tiene en cuenta, como atenuantes de la conducta, para considerar la rebaja de la pena, la petición inequívoca de la persona, por lo que cualquier otro acto caería en el homicidio sin atenuantes.

Los defensores de la despenalización de la Eutanasia justifican su propuesta en lo anteriormente comentado, en que es un acto personalísimo y que cada persona tiene derecho a disponer de su propia vida y a recibir la ayuda médica para conseguirlo de manera indolora. Es más, se arguye que no hay problemas en el marco constitucional al proclamar nuestra Carta Magna la libertad, la dignidad y la libertad de conciencia.

En este sentido es conveniente hacer una reflexión sobre si el Estado debe ejercer un papel tutelador<sup>26</sup> sobre los ciudadanos. Si estamos ante un Estado paternalista, que garantiza el ejercicio de derechos y los tutela a través de las normas y leyes, puede limitar el ejercicio de la decisión personal en relación a

la disposición de la propia, por lo que no entrará en una despenalización de la Eutanasia. Para muchos estudiosos el desarrollo constitucional va precisamente en la línea de fomentar el desarrollo de decisiones autónomas por lo que justifican que se legisle la legalización o despenalización de la Eutanasia.

Se argumenta que despenalizar o legalizar la Eutanasia supone un progreso moral de la sociedad. Pero quizás el progreso moral de una sociedad sea el prestar atención a los intereses humanos de los grupos más vulnerables, y los enfermos terminales son un grupo especialmente vulnerable.

Sin embargo, son varios los autores que argumentan que no se trata de un derecho personal al exigir la participación de otra persona, por lo que tiene una resonancia social, iría en contra del principio general de la inviolabilidad de la vida humana. Como riesgos de una posible despenalización se ve que lo que se concede como derecho pueda convertirse en obligación ante los problemas económicos y familiares frecuentemente asociados. Esto supone una pendiente resbaladiza en la que no se pueden calibrar las consecuencias sociales, puesto que como señala Callahan “una vez que una sociedad permite que una persona quite la vida a otra, basándose en sus mutuos criterios privados de lo que es una vida digna, no puede existir una forma segura para contener el virus mortal así introducido. Irá donde quiera” .<sup>27</sup>

En la regulación de la Eutanasia hay que tener en cuenta que nos encontramos ante lo que se denominan derechos imperfectos<sup>28</sup>, es decir aquellos que no pueden ser exigidos, o de beneficencia, son derechos privados, de modo que la obligación del Estado es procurar que los individuos estén en condiciones de ejecutarlos privadamente, pero también nos encontramos que la Eutanasia es un acto transitivo, es decir que la persona no puede realizar por sí y necesita el concurso de otra persona (el suicidio es un acto intransitivo), como ya se vio al analizar los elementos definidores de la Eutanasia.

### **Valoración médica de la Eutanasia**

La tradición médica occidental ha sido contraria a la Eutanasia, si bien es cierto que esta tradición, no se daba en los pueblos clásicos, salvo en la escuela pitagórica que representa el pensamiento hipocrático, cuya expresión de

conducta es el Juramento Hipocrático que condena la Eutanasia en el sentido moderno del término.

A lo largo de la historia se han producido importantes desviaciones a esta doctrina general de la medicina y más teniendo en cuenta que la vuelta al pensamiento clásico que se produjo en el Renacimiento recuperó algunos de los cánones asistenciales, tales como evitar actuar cuando se entendiera que el enfermo no tenía curación, es decir la situación de desahucio. En este caso no se producía una aceleración de la muerte pero sí un abandono y una inasistencia. Esto traduce la dificultad que la Medicina ha tenido para enfrentarse a la muerte, considerada habitualmente como un fracaso de la actuación de los sanitarios, pero también se alzaban voces contra lo que hoy podemos denominar encarnizamiento terapéutico, puesto que se realizaban sangrías a los enfermos hasta quedar prácticamente exangües y fallecer como consecuencia de ello, especialmente relevante en el caso de la infección por el virus de la rabia.

En estos momentos de la historia se puede constatar que no todos los médicos son firmes opositores a la Eutanasia y hay voces que, en base al reconocimiento de la libertad humana y su capacidad de autonomía, consideran lícito la solicitud de Eutanasia y además colaboran en su proceso, véase como ejemplo más representativo la legislación holandesa, que establece las funciones del médico que participa en actividades de Eutanasia. También en nuestro medio hay voces que reconocen que dándose determinadas garantías puede ser legítimo respetar la voluntad del paciente<sup>29</sup>.

En relación con este tema recojo las conclusiones de una encuesta publicada por el Centro de Investigaciones Sociológicas de España (CIS) del año 2002, realizada a más de 1000 médicos de toda España, donde se reconoce que el síntoma que más frecuentemente lleva a un paciente a solicitar la Eutanasia es el dolor insoportable en casi 3 de cada 4 pacientes, siendo en otros casos el sentirse una carga para la familia o el miedo a ser dependiente de otras personas. En estos casos una cuarta parte de los médicos verían con buenos ojos que la ley permitiera actuar cuando un paciente con enfermedad incurable, dolorosa y en fase terminal solicite que el médico le proporcione una sustancia letal que se tomaría el paciente (en sentido estricto contribución al

suicidio) o que fuera el propio médico quien administre directamente la sustancia. Casi el 70% de los médicos sería partidario de la modificación de la legislación sobre todo en el caso de pacientes terminales con capacidad y competencia (por lo que se asume una solicitud razonada y meditada).

En cuanto a la regulación de la conducta de los médicos que viene recogida en los Códigos Deontológicos, la última revisión de 1999, recoge en un artículo la actitud de los médicos ante la muerte, el 28, que en dos puntos establece que el médico nunca provocará intencionadamente la muerte y que en caso de enfermedad incurable y terminal debe aliviar los dolores físicos y morales del paciente, evitando el uso de medidas que se consideran fútiles.

Frente a esta postura la Organización Médica Colegial en una declaración conjunta con la SECPAL<sup>30</sup> (Sociedad Española de Cuidados Paliativos) reconocen el derecho de atención y cuidado en el final de la vida como fundamental para lo que se deben fomentar unidades de cuidados paliativos y la formación adecuada para poder responder ante esta necesidad.

Como complemento a estos planteamientos, la Real Academia de Medicina de Cataluña propone que ante los casos en los que los profesionales tienen dificultad para la toma de decisiones en relación con el final de la vida es aconsejable que se consulte con el Comité de Ética Asistencial.

Posturas a favor de mantener la penalización de la Eutanasia son las expresadas por el Prof. Herranz, que en su comparecencia ante la Comisión Especial del Senado para el estudio de la Eutanasia expresó: "Despenalizar la Eutanasia equivale a sumir a la Medicina en una especie de enfermedad auto-agresiva. La obligación de respetar y cuidar toda vida humana tiene una fuerza moral maravillosa e inspiradora, pero cuando la compasión se desconecta de todas las demás virtudes médicas, se puede convertir en un móvil muy importante para la destrucción de vidas humanas... Porque, ¿a quién estamos liberando de sufrimiento cuando se habla de Eutanasia? Pues muchas veces a los circunstantes, no al paciente. Ése es el camino que tiene por delante la Medicina para poder seguir ejerciendo esa humanidad espléndida y esa promesa de servicio a los hombres, que es intrínseca a la vocación médica".<sup>31</sup>. En este sen-

tido, aunque con otras palabras, se manifiestan las grandes instituciones sanitarias de carácter nacional o internacional, desde la organización Médica Colegial, hasta la Asamblea Mundial de Médicos. Todas ellas contrarias a la Eutanasia y por argumentos muy similares.

Recientemente un grupo de expertos de varios países han reflexionado sobre los fines de la medicina, se recoge que aunque de manera no unánime, la postura mayoritaria de los médicos es considerar que el uso de la Eutanasia o del suicidio médicamente asistido, “como medio para aliviar el dolor o el sufrimiento, perfectamente razonable en sí, no justifica moralmente el empleo de técnicas médicas con el objetivo e intención directa de provocar la muerte de un paciente, tanto en el caso de que sea el médico quien provoque la muerte como en el caso de que el médico se limite a proporcionar los conocimientos y los fármacos necesarios para que el paciente pueda suicidarse.”<sup>32</sup> La parte final del libro recoge las discrepancias de distintos grupos ante este tema.

### **Valoración ética**

En el análisis ético de la Eutanasia hay que tener en cuenta por un lado los valores que entran en juego y por otro las acciones de los que intervienen, dado que la ética es la reflexión sobre las acciones humanas, sobre lo bueno y lo malo, sobre lo que está bien y lo que está mal.

Para el Prof. Diego Gracia en el tema de la Eutanasia hay un problema de valores, entran en conflicto dos valores, que son fundamentales y clásicos: el valor vida y el valor libertad. El problema es, en primer lugar, hasta qué punto una persona tiene capacidad para disponer de su cuerpo y, en segundo lugar, si tiene capacidad para pedir a otra persona que realice en su cuerpo un acto que tenga por objeto poner fin a su vida, y cómo puede manejar esto el ordenamiento jurídico. Se trata de un típico problema de conflicto de valores, de ahí su dificultad.

La vida como valor sustenta a los otros valores personales, por lo que se puede considerar un valor “fundamental”<sup>33</sup>, en el sentido que fundamenta o sostiene. La vida es un don que se recibe, pero no tiene carácter absoluto, de manera que cuando conservar la vida se hace a costa de de otros valores, reli-

giosos, morales, culturales o simplemente biológicos, como el dolor o el deterioro físico, entonces se puede llegar a preferir la muerte<sup>34</sup>, así hay personas que donan voluntariamente su vida para poder salvar la de otras personas, o son mártires por defender determinadas ideas.

El otro valor que está en juego es la libertad. La libertad es la cualidad del ser humano desde la que se ejerce la responsabilidad según el planteamiento kantiano, como expresión de la autonomía, como posibilidad de regir los propios destinos, consiste en disponer de uno mismo<sup>35</sup>. El silogismo es el siguiente: El ser humano es sustancialmente libre; el paciente es ser humano, luego el paciente es un ser humano libre para vivir o morir y nadie está legitimado para coartar o coaccionar el ejercicio de su libertad<sup>36</sup>.

Vivir la vida es un ejercicio de responsabilidad personal, en el que hay que tomar decisiones de manera constante. Por eso parece poco razonable hurtar a la persona la capacidad de decidir cómo quiere vivir y afrontar esa fase de su vida. Como expresión de esta capacidad contamos con los documentos que expresan la voz de los pacientes, cuyo elemento paradigmático son las Instrucciones Previas<sup>2</sup>. Otra cuestión es si incluye la posibilidad de poder disponer de la propia vida. Pero no podemos olvidar que el ejercicio de la libertad humana no puede ser, en modo alguno, ilimitado, sino que debe considerar seriamente el cumplimiento de una serie de deberes y derechos fundamentales para poder calificarse de responsable y de racional. Debe entenderse la libertad como un instrumento para la perfección y realización del ser humano<sup>37</sup>.

Quizá otro análisis interesante es si acceder a dar la muerte a quien lo pide es un acto de respeto por su libertad. Bastantes estudios demuestran que, en no pocas ocasiones, esta petición supone un grito de *socorro* ante las situaciones que presenta la enfermedad terminal, sobre todo dado el ánimo cambiante por el que se pasa en la enfermedad terminal, descritas por Kübler-Ross, o por lo que significa un modo de reclamar una diferente asistencia sanitaria en la que se tenga en cuenta la actitud de cuidado. El desarrollo de los cuidados paliativos como una manera de recuperar el sentido de una medicina más huma-

---

<sup>2</sup> Se prefiere en término Instrucciones Previas al de Testamento Vital, por ser el que recoge la Ley 41/2002 de autonomía del paciente y que semánticamente tiene más sentido.

nizada y humanizadora ha supuesto una respuesta asistencial a esta petición más o menos explícita de los pacientes. Una de sus consecuencias es la dignificación de la muerte; con este término se hace referencia a que la persona pueda ser protagonista de este proceso, pueda estar en un lugar determinado, rodeado por los suyos y reconciliado consigo mismo, sin padecimientos inútiles, serenamente, relejendo la propia vida y cerrando el círculo de la propia existencia, de manera que su muerte tenga sentido, tenga el sentido de su vida<sup>38</sup>.

Quizás no haya que perder de vista que en el proceso de enfermedad, sobre todo en su fase terminal, se produce una merma de la calidad de vida. ¿Pero esta situación puede ser suficiente para solicitar la Eutanasia? El concepto de calidad de vida es complejo en su formulación y pasa necesariamente por la consideración que cada persona hace de lo que considera que es calidad para su vida, por lo que cobra importancia la historia personal, lo que se conoce como vida biográfica en el que se integran no solo los valores personales sino un sistema múltiple y plural de necesidades y deseos. Defender la calidad de vida significa abogar por calidad asistencial, por la calidad humana en la relación, en la que se pueda dar una comunicación empática y donde el sufrimiento humano, en todas sus manifestaciones pueda ser paliado en su máximo grado<sup>39</sup>. Es un ejercicio de responsabilidad profesional, cuyo imperativo ético supone asumir las necesidades del otro y tratar de paliarlas, supone una actitud de acompañamiento con la que ayude a transformar su situación.

Calidad de vida y dignidad en el morir van ligados en cuanto a que suponen esta integración de lo personal en el campo asistencial. Como bien expresa el prof. Diego Gracia supone la necesidad de integrar una *historia de valores* como complemento a la historia clínica<sup>40</sup>. Porque dado que en el morir la persona se hace más vulnerable, y corre el peligro de deteriorarse física y psíquicamente y de perder el control sobre sí mismo es preciso tener un conocimiento más cabal de sus valores. Cualquier manifestación de la voluntad de la persona que es respetada por los otros, empezando por los sanitarios es manifestación del respeto por la dignidad personal. De ahí que se insista en la necesidad de disponer de documentos que expresen la voluntad de los pacientes (Instrucciones Previas).

Si bien es cierto que incluso en las mejores condiciones no evita que algunos enfermos puedan solicitar acelerar la muerte ante el evidente deterioro que conlleva la enfermedad. Como recoge Francesc Torralba en el libro de homenaje a Javier Gafo sj (+), recogiendo las palabras de Diego Gracia en el prólogo al libro del P. Gafo, *La Eutanasia*: "Como Javier Gafo, yo pienso que todo hombre tiene derecho a decidir sobre su propio cuerpo, por tanto sobre su vida y su muerte, y que pobre ética sería aquella incapaz de respetar la autonomía de la persona. Otra cosa es que tal derecho deba considerarse el único o supremo. Por lo ya dicho, considero, con la práctica totalidad de nuestra tradición ética desde el tiempo de los griegos, y por supuesto también con Javier Gafo, que los principios de no-maleficencia y justicia son previos al de autonomía e independientes de él y que el punto verdaderamente delicado del tema de la Eutanasia está aquí."<sup>41</sup>

Algunos autores consideran que cuando en un contexto de reflexión y maduración personal, confianza y responsabilidad, se afronta esta fase final hasta sus últimas consecuencias, incluso anticipando la muerte ante su irremediable proximidad y la pérdida extrema y significativa de la calidad de vida, puede constituir un acto plenamente humano<sup>42</sup>, y por tanto estaría justificado. Fruto de esta postura es la Declaración del Instituto Borja de Bioética (Universidad Ramón Llull) *Hacia una posible despenalización de la Eutanasia*<sup>43</sup>, en el que se recogen algunos requisitos por los que se podría despenalizar la Eutanasia (que no legalizar). Otros autores<sup>44</sup> también apoyan el carácter excepcional que se puede dar en determinadas situaciones límites con el que debe plantearse la Eutanasia, porque como se vio anteriormente el principio de respeto por la vida no es absoluto sino proporcional, al tener en cuenta las consecuencias y circunstancias relevantes, que pueden justificar las excepciones a los principios. Lo que supone que se debe estudiar caso por caso y no de manera genérica.

Los requisitos que se proponen deben cumplir los casos para no ser punibles, son que de manera documentada y transparente se dé una enfermedad que conducirá próximamente a la muerte, que presenta un sufrimiento insopportable (tras haber intentado la presencia de síntomas refractarios), consentimiento explícito del enfermo, intervención médica y revisión ética y notificación legal<sup>45</sup>.

## Conclusiones

La cuestión de la Eutanasia sigue manteniendo encendidos debates en la sociedad en posturas contrapuestas, en los que se cuestionan valores de la persona como la vida, la dignidad, la sacralidad y la autonomía personal.

La alta tecnificación de la medicina y la facilidad de acceso al sistema sanitario en nuestro medio hacen que la muerte no sea un acto natural sino que conlleva un alto grado de intervención sanitaria. Estas intervenciones, altamente tecnificadas en muchos casos, pueden generar en no pocas ocasiones, en los enfermos y sus familiares, sentimientos de falta de humanidad y “cosificación”, sobre todo porque, por gran parte de los sanitarios se puede entender la muerte como un fracaso de la medicina y no como una evolución lógica de un proceso morboso<sup>46</sup>.

En estas condiciones y en otras que provoca el propio deterioro de la enfermedad no faltan vivencias que consideran que, a nivel personal, vivir es peor que la muerte. En estos casos se plantea como solución la Eutanasia entendida como control de una persona sobre su proceso de morir. En las consideraciones del tema se han analizado tanto los aspectos legales como éticos y los médicos, en todos se han expuesto puntos a favor y en contra.

Nadie niega la capacidad de autogobierno y autonomía que tienen las personas, pero quizá esta no sea razón suficiente para hacer una legislación permisiva con la Eutanasia por razones de justicia y por respeto al principio de no dañar que caracteriza a la medicina. Se debe fomentar un modelo de atención más centrada en la persona y en su biografía que en la biología, es decir un modelo en el que se trabaje más el cuidado y los aspectos psicosociales que los meramente curativos, es decir el fomento de los cuidados paliativos y la recuperación de una atención humanitaria.

Pero hay que ser conscientes de que aún con las mejores atenciones y cuidados siempre habrá personas que noten que no tiene sentido el seguir viviendo cuando se produce un severo deterioro físico o social, cuando la calidad de vida cae por debajo de unos límites que se consideran inaceptables por la persona, no vale con respuestas estereotipadas, sino que es necesario un análisis

en profundidad de cada uno de los casos y dar una respuesta individualizada. Por ello una respuesta abierta, en general, a la Eutanasia podría conllevar un deterioro en la relación sanitaria y quizás entrar en una pendiente resbaladiza de la que tantos expertos hablan.

La actuación de los sanitarios debe procurar el remedio para los síntomas y signos que presente el paciente, incluso los más complejos de tratar, los síntomas refractarios, por lo que están indicadas maniobras como la sedación en sus distintas modalidades, siempre con el consentimiento explícito o implícito del paciente, ajustado a *lex artis*, registrado en la historia clínica. Otros casos más complejos de aceptación personal de la enfermedad deberían ser analizados en un Comité de Ética. Teniendo en cuenta que cualquier medida que se plantee debe realizarse en función de la situación del paciente y no del entorno sociofamiliar o del equipo sanitario.

Se debe luchar por una muerte en unas coordenadas en las que se pueda prestar al paciente próximo a la muerte la atención y el calor que necesitan, reconociendo la gran fragilidad y vulnerabilidad personal que se presenta en esta etapa de la vida.

En resumen y como se recoge en el libro "*Humanizar el proceso de morir. Sobre la ética de la asistencia en el morir*", editado por el Consejo Interprovincial de los Hermanos de San Juan de Dios<sup>47</sup>: "Todo enfermo debe ser atendido en su derecho de ser apoyado para asumir de forma responsable, según su realidad y sentido de la vida, el acontecimiento de su propia muerte. Todo el mundo tiene el derecho a morir con dignidad y serenidad sin tormentos inútiles, empleando todos y solo los tratamientos que parecen ser realmente proporcionados. La vida humana que para el creyente es don de Dios debe ser respetada desde el comienzo hasta su fin natural". En definitiva como reza un frontispicio de un edificio: "Un buen morir honra toda una vida".

---

<sup>1</sup> Comitè Consultiu de Bioètica de Catalunya: Informe sobre la Eutanasia y la ayuda al suicidio. Barcelona. 2008, p. 103

<sup>2</sup> Torralba F: Repensar la Eutanasia. Crítica y deconstrucción de tópicos. En Ferrer JJ y Martínez JL (Ed): Bioética; un diálogo plural. Homenaje a Javier Gafo Fernández s.j. UPComillas. 2002. p. 186.

<sup>3</sup> Gafo J: La Eutanasia y la ética del bien morir. Rev Med Uruguay 1990; 6: 95-102

<sup>4</sup> Gracia D: Como arqueros al blanco. Ed Triacastela, Madrid. 2004, p 404.

<sup>5</sup> Bacon F: De dignitate et augmentis scientiarum IV, 2. Recogido en Gracia, D : *Op. Cit.*2.

- 
- <sup>6</sup> Moro, T: Utopía. Madrid: Espasa Calpe, 2001, p. 134-135
- <sup>7</sup> Intervención del Prof. Diego Gracia en la comparencia en la Comisión Especial para el estudio de la Eutanasia. Diario de Sesiones del Senado del 16 de junio de 1998. VI Legislatura, Nº 307.
- <sup>8</sup> Delgado JC: Reflexiones sobre la muerte y la dimensión social de la Eutanasia. *Temperamentum*, 2007. Disponible en <http://www.index-f.com/temperamentum/tn/t6362.php> consultado el 28/02/2007.
- <sup>9</sup> Intervención del Prof. Diego Gracia en la comparencia en la Comisión Especial para el estudio de la Eutanasia. Diario de Sesiones del Senado del 16 de junio de 1998. VI Legislatura, Nº 307.
- <sup>10</sup> Comitè Consultiu de Bioètica de Catalunya: Informe sobre la Eutanasia y la ayuda al suicidio. Barcelona. 2008, p. 92
- <sup>11</sup> Asociación Médica Mundial: Declaración sobre Eutanasia. Madrid 1987. Recogida por Herranz G. en su comparencia en la Comisión Especial para el estudio de la Eutanasia. Diario de Sesiones del Senado del 16 de junio de 1998. VI Legislatura, Nº 307.
- <sup>12</sup> Sagrada Congregación para la Doctrina de la Fe Declaración "Iura et bona" -Sobre la Eutanasia - 5/5/1980. nº 14.
- <sup>13</sup> Grupo de ética de la SECPAL: Declaración sobre la Eutanasia de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Barcelona. 2002
- <sup>14</sup> Definición de J.L. Díez Repollés, que se recoge en: González Morán, L: De la Bioética al Bioderecho. Ed. UPComillas y Dickynson. Madrid, 2006. p. 860
- <sup>15</sup> Couceiro A: El enfermo terminal y las decisiones en torno al final de la vida. En Couceiro A (Ed): Ética en Cuidados Paliativos. Ed. Triacastela. Madrid, 2004. p. 274.
- <sup>16</sup> Gracia D. *Op. Cit.* 2. p. 412
- <sup>17</sup> Rivas Flores FJ: Documentación sanitaria y dignidad de la persona. En Ferrer JJ y Martínez JL (Ed): Bioética; un diálogo plural. Homenaje a Javier Gafo Fernández s.j. UPComillas. 2002. pp. 491-511
- <sup>18</sup> Cf. Comitè Consultiu de Bioètica de Catalunya: Informe sobre la Eutanasia y la ayuda al suicidio. Barcelona. 2008, p. 101-2
- <sup>19</sup> Gafo J: la Eutanasia *Op Cit* 3
- <sup>20</sup> Sagrada Congregación para la Doctrina de la Fe Declaración "Iura et bona" -Sobre la Eutanasia - 5/5/1980. nº 15
- <sup>21</sup> Iura et bona, nº 21
- <sup>22</sup> Iura et bona, nº 28.
- <sup>23</sup> Pontificio Consejo para los pastores de los agentes sanitarios: Carta de los agentes sanitarios. Ciudad del Vaticano, 1995, pp. 119-122.
- <sup>24</sup> Encicla Evangelium Vitae. 25 de marzo de 1995. nº 65
- <sup>25</sup> Terribas N: Tensiones éticas y jurídicas en la fase final de la vida. En De la Torre J (ed): La limitación del esfuerzo Terapéutico. UPComillas. Madrid 2006, p. 195-231
- <sup>26</sup> Delgado JC. *Op.cit.*8
- <sup>27</sup> Citado por Gafo. J: Bioética Teológica. UPComillas. Desclée De Brouwer. Madrid 2003, p. 280-283.
- <sup>28</sup> Gracia D: *Op.Cit.* 2.p. 406
- <sup>29</sup> Clavé E: Dolor y sufrimiento al final de la vida. En De la Torre J (ed): La limitación del esfuerzo Terapéutico. UPComillas. Madrid 2006, pp: 125-143.
- <sup>30</sup> Comité de Ética de la SECPAL:Declaración sobre la eutanasia de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos MED PAL (MADRID) 9 (1); 37-40, 2002
- <sup>31</sup> Intervención del Prof Gonzalo Herranz en la comparencia en la Comisión Especial para el estudio de la Eutanasia. Diario de Sesiones del Senado del 16 de junio de 1998. VI Legislatura, Nº 307.
- <sup>32</sup> Callahan D (director): Los fines de la medicina: El establecimiento de unas prioridades nuevas. Un proyecto internacional del Hastings Center. Fundació Víctor Grífols i Lucas (ed). Barcelona, 2004. p. 49
- <sup>33</sup> VVAA. El don de la Vida. BAC, p. 31-34
- <sup>34</sup> Gracia D: *Op.cit.*2. p 409
- <sup>35</sup> Ferrater Mora, J: Diccionario de Filosofía abreviado. Edhasa. Barcelona. 1996. pág. 217-223.
- <sup>36</sup> Torralba F: *Op.Cit.1* p.197
- <sup>37</sup> *Ibiden* p. 198.
- <sup>38</sup> *Ibiden*. P. 190.
- <sup>39</sup> *Ibiden*. P. 192.
- <sup>40</sup> Cf. Gracia D: *Op.cit.*2. p 411
- <sup>41</sup> Torralba F: *Op.Cit.1* pp.186-187
- <sup>42</sup> Terribas N: *Op cit* 20. p 213.
- <sup>43</sup> Instituto Borja de Bioética (Universidad Ramón Llull), Hacia una posible despenalización de la Eutanasia. En De la Torre J (ed): La limitación del esfuerzo Terapéutico. UPComillas. Madrid 2006, pp. 223-231

---

<sup>44</sup> Couceiro A: El enfermo terminal y las decisiones en torno al final de la vida. En Couceiro A (Ed): *Ética en Cuidados Paliativos*. Ed. Triacastela. Madrid, 2004. p. 298.

<sup>45</sup> Cf. Instituto Borja de Bioética. *Op. Cit.* pp. 227-228

<sup>46</sup> Callahan D (director): *Op. Cit.* 30, pp43-44.

<sup>47</sup> Comisión Interprovincial de la O.H. San Juan de Dios. *Humanizar el proceso de morir. Sobre la ética de la asistencia en el morir*. Fundación Juan Ciudad. Madrid. 2007. p133