

**LA EUTANASIA: PERSPECTIVA ÉTICA,
JURÍDICA Y MÉDICA**

Introducción

La palabra *eutanasia* procede del griego *eu*= bueno y *thanatos*= muerte. La utilización de este término, “buena muerte”, ha evolucionado y actualmente hace referencia al acto de acabar con la vida de una persona enferma, a petición suya o de un tercero, con el fin de minimizar el sufrimiento.

Algunos sectores que tratan de imponer en la sociedad contemporánea una determinada idea del “progreso”, asociada únicamente al aumento del confort en el ámbito material o a una sofisticación tecnológica, la empujan, casi inconscientemente, a aceptar como “buenas” las actuaciones encaminadas a terminar con la vida de individuos cuyas condiciones vitales no sean consideradas suficientemente aceptables. Al igual que ocurrió con el aborto, actualmente se pretende despenalizar la eutanasia justificándolo como forma de evitar sufrimiento físico o moral a determinadas personas. Es fundamental afrontar esta amenaza, mostrando las consecuencias negativas y destructivas que la eutanasia y el suicidio asistido tienen para la sociedad, así como potenciando el papel de los cuidados paliativos como prestación sanitaria, ya que los ciudadanos deben tener claro que eutanasia y cuidados paliativos son realidades opuestas.

El objetivo de este documento es reflexionar sobre la eutanasia y sus implicaciones éticas y jurídicas, desde la perspectiva de la filosofía moral cristiana que se fundamenta en la dignidad de toda persona. Tras algunas reflexiones sobre la vida, la muerte y el concepto de dignidad, abordamos los criterios comúnmente utilizados para el diagnóstico de muerte, los problemas éticos que plantea el adelantamiento de la muerte por compasión, y el enfoque de este problema desde la perspectiva del Derecho. Concluiremos con algunas reflexiones sobre los cuidados paliativos, es decir las atenciones al final de la vida que, en nuestra opinión, representan la única opción moralmente aceptable ante el final natural de los seres humanos.

Este documento ha sido elaborado por profesores universitarios de Madrid, especialistas en diversas cuestiones relacionadas con la eutanasia y

comprometidos con la defensa de la dignidad humana hasta el final natural de la vida. Confiamos en que su lectura contribuya a clarificar algunas ideas y conceptos, muy utilizados en las argumentaciones a favor y en contra de la práctica de la eutanasia, y que anime a los lectores a adoptar una postura firme y libre de complejos a favor de la vida y en contra de la eutanasia.

Madrid, 23 de septiembre de 2008

Índice

1.	Significado de la vida y de la muerte: perspectiva filosófica y criterios científicos para determinarla	1
2	La eutanasia: precisiones terminológicas.....	3
3.	La moralidad de la eutanasia, como acto deliberado de acabamiento de la vida de una persona, sea a petición propia o por decisión de un tercero.....	6
4.	El derecho ante la eutanasia: derecho a la muerte digna, despenalización y suicidio asistido	8
5.	Los cuidados paliativos: la única opción moralmente aceptable para la atención de la persona al final de la vida. Ayuda médica. Apoyo humano, afectivo y social	15
6.	Conclusiones.....	19
7.	Algunas referencias bibliográficas útiles	21
	Reseña sobre los autores	23

1. Significado de la vida y de la muerte: perspectiva filosófica y criterios científicos para determinarla

¿Es la eutanasia una “muerte digna”? Resulta paradójico que el término dignidad se utilice tanto para defender la legitimidad de la eutanasia como para negarla, por lo que es importante clarificar qué entendemos por dignidad. Algunos reducen esta dignidad al disfrute de una calidad de vida, conciencia, o capacidad de autodeterminación. Por el contrario, otros entendemos la dignidad como el valor intrínseco que posee todo ser humano, independientemente de sus circunstancias, edad, condición social, estado físico o psíquico. La condición digna de la vida humana es invariable desde que se comienza a existir hasta la muerte, e independiente de condiciones cambiantes a lo largo de la existencia. Kant distinguió entre dignidad ontológica, como valor intrínseco, inviolable, incondicional, que no varía con el tiempo y no depende de circunstancias exteriores o de consideraciones subjetivas, y dignidad moral, como aquella que el hombre tiene en mayor o menor grado según las acciones que realice, si estas son acordes o no a la dignidad ontológica del ser humano. En última instancia, afirmamos que la raíz y el fundamento último de la dignidad del ser humano es el haber sido creado a imagen y semejanza de Dios, somos “*imago Dei*”. Pero, también estamos convencidos de que nuestra propuesta sobre el valor de la vida humana es ampliamente compartida por muchas personas que defienden y proclaman los derechos de todos los seres humanos.

Para tomar en consideración la eutanasia es preciso explicar lo que entendemos por vida y muerte del hombre, desde las distintas facetas en las que cabe situar el análisis. Cabe preguntarse qué es la muerte y el morir para el hombre (plano filosófico) o analizar qué criterios clínicos son necesarios para el diagnóstico de muerte (plano científico-médico). Igualmente, es preciso valorar si es lícito adelantar por compasión la muerte de alguien (plano ético), al tiempo que establecer las consecuencias que esa reflexión debe tener en el Derecho positivo (plano jurídico).

A diferencia de los seres inertes, los que están dotados de vida, en estado normal, tienen capacidad de auto-moverse y poseen una unidad orgánica intrínseca. Es decir, fundamentalmente hay vida cuando hay movimiento intrínseco y unidad somática en un organismo. Por movimiento no necesariamente entendemos movimiento físico, de un lugar a otro, sino cambio del ser algo en potencia al ser algo en acto, movimiento intrínseco. Tras esta breve definición, correlativamente entendemos por muerte la pérdida total e irreversible de la capacidad de movimiento y unidad intrínsecos de un organismo. Estas definiciones de vida y muerte son aplicables a cualquier ser vivo (vegetal, animal o humano). En el caso del ser humano, hay autores cuya posición ha tenido mucho peso en la historia de la filosofía y en la bioética, que consideran que hay vida específicamente humana sólo si hay conciencia o capacidad de deliberación. Se trata de una corriente de pensamiento funcionalista que plantea el que quien haya perdido la capacidad de demostrar sus funciones (moverse, pensar, decidir), independientemente de que siga teniendo unidad intrínseca somática, no es ya persona o carece de dignidad. Esta consideración del hombre, basada en la conciencia y con menoscabo de otras dimensiones de lo humano, está enraizada en algunas corrientes del pensamiento moderno.

Llamamos muerte a la pérdida total e irreversible de la unidad somática integral de un ser vivo. En el caso del ser humano esta pérdida se puede establecer de tres maneras: por ruptura anatómica, por parada cardiorrespiratoria sin posterior reanimación y por muerte encefálica. Por muerte encefálica entendemos la pérdida total e irreversible de toda la actividad troncoencefálica y cortical, diagnosticada por los medios más certeros y según los criterios correspondientes establecidos por la ley. Mientras la Ciencia no diga lo contrario, en cualquier caso distinto estamos ante un ser vivo de la especie *homo sapiens*, aunque éste no tenga capacidad para hablar, comunicar, pensar o decidir. Respetar su vida, evitarle daños (*primum non nocere*), consiste en ayudarlo, asistirlo y cuidarlo con la misma atención y respeto de los que siempre fue merecedor, para que tenga una vida máximamente digna hasta el último de sus días.

2. La eutanasia: precisiones terminológicas

En numerosas cuestiones bioéticas asistimos a un cambio de mentalidad acelerado, inducido con frecuencia por engaños y verdades parciales difundidas mediante la manipulación del lenguaje. Con estas confusiones se pretende polarizar a la opinión pública hacia los intereses de la cultura de la muerte (esto es: la defensa del aborto, la eutanasia, la instrumentalización de la vida embrionaria, etc.). Se trata de actitudes que encierran un profundo desprecio hacia la vida humana, ya que aceptan su sometimiento al servicio de los intereses de terceros (como ocurre con la manipulación de embriones) o incluso la aniquilación de algunos individuos (como sucede con el aborto o la eutanasia).

En el tema que nos ocupa, la manipulación del lenguaje propicia la confusión moral de sanitarios y ciudadanos en general, por la ausencia de criterios que permitan discriminar con claridad conductas, actuaciones y valoraciones jurídicas, lo que es especialmente notorio en situaciones límite que suelen tener una notable difusión mediática. Se puede llegar, por ejemplo, a no distinguir la conducta eutanásica, del suicidio asistido, incluso del acto, legítimo, de limitación del esfuerzo terapéutico, etc.

Con el fin de evitar una mayor distorsión y manipulación de los términos más usados en torno al tema de la eutanasia, consideramos oportuno aclarar la significación conceptual de los términos y expresiones siguientes:

- Eutanasia: la acción u omisión, por parte del médico u otra persona, con la intención de provocar la muerte del paciente terminal o altamente dependiente, por compasión y para eliminarle todo dolor.
- Eutanasia voluntaria: la que se lleva a cabo con consentimiento del paciente.
- Eutanasia involuntaria (también llamada cacotanasia o coactiva): la practicada contra la voluntad del paciente, que manifiesta su deseo de no morir.
- Eutanasia no voluntaria: la que se practica no constando el consentimiento del paciente, que no puede manifestar ningún deseo, como sucede en casos de

niños y pacientes que no han expresado directamente su consentimiento informado.

- Eutanasia activa: la que mediante una acción positiva provoca la muerte del paciente.

- Eutanasia pasiva: el dejar morir intencionadamente al paciente por omisión de cuidados o tratamientos que están indicados y son proporcionados.

La expresión eutanasia pasiva, se utiliza en ocasiones indebidamente, para referirse a una práctica médica correcta, de omisión de tratamientos desproporcionados o fútiles respecto al resultado que se va a obtener. En este caso no estaríamos ante una eutanasia pasiva sino ante la correcta limitación del esfuerzo terapéutico o limitación de terapias fútiles, que es conforme con la bioética y la deontología médica, y respeta el derecho del paciente a la autonomía para decidir y a la renuncia al tratamiento.

- Encarnizamiento terapéutico (también llamado distanasia u obstinación o ensañamiento terapéutico): la práctica, contraria a la deontología médica, de aplicar tratamientos inútiles o, si son útiles, desproporcionadamente molestos para el resultado que se espera de ellos.

- Ortotanasia: el permitir que la muerte natural llegue en enfermedades incurables y terminales, tratándolas con los máximos tratamientos paliativos para evitar sufrimientos, recurriendo a medidas razonables.

Frente a la eutanasia, que busca su legitimación moral y legal desde la reivindicación autonomista y la desacralización de la vida humana y contra el llamado encarnizamiento terapéutico, también inaceptable éticamente, la ortotanasia (del griego *orthos*, recto, justo, que observa el derecho conforme a la razón) se plantea como una posición jurídica y moral aceptable. La ortotanasia consiste en no adelantar la muerte con una acción médica intencional; acompañar al enfermo terminal, considerando su vida, aunque dependiente y sufriente, siempre digna; aliviar con todos los medios disponibles el dolor en lo posible y favorecer su bienestar; ofrecerle asistencia psicológica y espiritual para satisfacer su derecho de aceptar su proceso de muerte; no abandonar nunca al paciente, pero saber dejarle morir, cuando no podemos curarle.

- Enfermo terminal: el que padece una enfermedad de la que no cabe esperar que se recupere, previsiblemente mortal a corto plazo que puede ser desde algunas semanas a varios meses, a lo sumo.
- Cuidados paliativos: la atención a los aspectos físicos, psíquicos, sociales y espirituales de las personas en situación terminal, siendo los objetivos principales el bienestar y la promoción de la dignidad y autonomía de los enfermos y de su familia. Estos cuidados requieren normalmente el concurso de equipos multidisciplinares, que pueden incluir profesionales sanitarios (médicos, enfermeras, asistentes sociales, terapeutas ocupacionales, auxiliares de enfermería, psicólogos), expertos en ética, asesores espirituales, abogados y voluntarios.
- Sedación terminal: la administración deliberada de fármacos para lograr el alivio, inalcanzable con otras medidas, de un sufrimiento físico y/o psicológico, mediante la disminución suficientemente profunda y previsiblemente irreversible de la conciencia, en un paciente cuya muerte se prevé muy próxima, con el consentimiento explícito, implícito o delegado del mismo. Desde el punto de vista ético, no es relevante el que, como efecto secundario no buscado de la administración de la sedación se adelante la muerte de la persona, siempre y cuando esto no sea lo que se pretenda directamente como fin de la acción.
- Suicidio: el acto de quitarse voluntariamente la propia vida.
- Suicidio asistido: el acto de ayudar a suicidarse en el caso en el que la persona no sea capaz de hacerlo por sus propios medios.
- Testamento vital: la manifestación expresa de voluntad anticipada para el caso de que la persona careciese de la facultad de decidir acerca de su tratamiento médico.

3. La moralidad de la eutanasia, como acto deliberado de acabamiento de la vida de una persona, sea a petición propia o por decisión de un tercero

Hablamos del “valor de la vida humana” pero, como personas y como sujetos sociales, nos importa cada vez más señalar en qué consiste y a qué nos obliga si queremos poner en práctica esa valoración. El conocimiento actual de la vida humana, desde el punto de vista biológico, alcanza un detalle y una profundidad que nos permite formular con más y mejor precisión una idea esencial: que cada ser humano es único e irrepetible, valioso por el hecho de serlo y de vivir. La Ciencia positiva nos muestra cómo es el inicio de la vida del hombre y cuándo llega su final natural. También propicia mejores intervenciones para mantener y prolongar la salud a lo largo de nuestro ciclo vital. Pero, el salto a ese ámbito de los valores sigue siendo fruto de una actitud de compromiso. Como lo ha sido en tantas ocasiones que a lo largo de la Historia nos llevaron a construir un sistema de valores basado en el ser humano como fin, no como medio. Y sobre todo, cuando se asentó el mensaje de que la trascendencia de la vida humana está precisamente en la aceptación de nuestra pertenencia a una misma especie, con unos derechos que alcanzan a todos.

La promoción de la eutanasia, tan intensa en algunos ámbitos, se suele basar en la consideración de situaciones-límite muy concretas. Hay que deslindar lo que puede ser el análisis de casos específicos, de lo que debe ser un principio irrenunciable: nadie tiene derecho a provocar la muerte de un semejante gravemente enfermo, ni por acción ni por omisión. Una sociedad que acepta la terminación de la vida de algunas personas, en razón a la precariedad de su salud y por la actuación de terceros, se inflige a sí misma la ofensa que supone considerar indigna la vida de algunas personas enfermas o intensamente disminuidas. Al echar por tierra algo tan humano como la lucha por la supervivencia, la voluntad de superar las limitaciones, la posibilidad incluso de recuperar la salud gracias al avance de la Medicina, se fuerza a aceptar una derrota que casi siempre encubre el deseo de librar a los vivos del “problema” que representa atender al disminuido.

Desde la perspectiva de la autonomía personal, no es equiparable el derecho a vivir, que alienta en todos casi siempre, con el supuesto derecho a terminar la propia vida. Sin embargo, la eutanasia supone un acto social, una actividad que requiere la actuación de otros, dirigida deliberadamente a dar fin a la vida de una persona. Los interrogantes que se abren con su regulación, y sus alcances y límites, son abismales. Por muy estricta que sea la regulación, será inevitable el temor a una aplicación no deseada.

Alabamos la pasión por la vida que lleva a tantas personas privadas de salud, incapaces de valerse del todo por sí mismas, a luchar para seguir adelante. Nos esforzamos por un avance de la Ciencia que propicie más y mejores tratamientos, muchos podrían alcanzar a personas que a día de hoy están enfermas y sin posible curación. Seguimos anhelando el ofrecer pronto resultados prácticos, resultantes del avance inmenso en el conocimiento biológico. Todo ello se inserta en las mejores actitudes que el hombre puede tener, las que nos diferencian como especie. Aunque tenemos la certeza de que llegará la muerte de todos nosotros, estamos pertrechados para luchar por una vida, más larga y mejor, que nos capacite para ejercer todo lo que nos hace humanos, hasta el final.

Habremos de seguir investigando; sin duda podremos establecer, cada vez mejor, desde cuál es la situación de los enfermos terminales y sus expectativas de supervivencia, hasta el perfeccionamiento de los criterios de muerte clínica. Pero, una sociedad que acepta la eutanasia abre un camino en el que para muchos ya no hay retorno posible. La inversión del valor del curar o aliviar –al enfermo terminal también, por supuesto- como principio esencial de la Medicina, sustituyéndolo por el de provocar la muerte, puede abrir vías cuyos límites son impredecibles. La Ciencia y la Práctica Médica tienen cada vez más y mejores instrumentos para actuar y para discernir; reclamar que se empleen a favor de la vida humana es un derecho de todos.

4. El derecho ante la eutanasia: derecho a la muerte digna, despenalización y suicidio asistido

Regulación actual

El artículo 143.4 del vigente Código Penal de 1995 tipifica la eutanasia como un tipo privilegiado del auxilio ejecutivo al suicidio, sancionando la conducta típica con una pena notablemente inferior a la del homicidio. Ya en el debate parlamentario de la norma referida, la entonces minoría objetó que se privilegiara el tipo sobre el suicidio, en cuanto los elementos descritos, incluida la seria e inequívoca aceptación de la víctima, ya que estos elementos son los de un homicidio por causas humanitarias y no los de un suicidio. Esta regulación recibió críticas en el momento de entrar en vigor por parte de sectores de la doctrina jurídica, que entendían negativo el extender la aplicabilidad del mismo a hipótesis que se realicen fuera del ámbito médico-asistencial. Pese al constante debate y los casos que han aparecido en los medios, la jurisprudencia no ha podido perfilar los elementos del nuevo delito ya que la fiscalía no ha llevado adelante acusaciones por delito de eutanasia.

En este sentido, es necesario señalar dos elementos de la realidad jurídica muy relevantes en lo que se refiere a la eutanasia en su actual tratamiento. Por un lado, la pena prevista supone una protección menor del bien vida humana, lo que contradice la previsión constitucional del artículo 15 de la CE de 1978. En efecto, aún cuando el fin de la pena no es sólo valorar el bien protegido, es indudable que si la protección es nimia el resultado es injusto.

Por otra parte, no puede ignorarse que en el derecho comparado, en los escasos ordenamientos jurídicos en los que se ha despenalizado el homicidio eutanásico, el camino comenzó con la aplicación del principio de oportunidad por parte de la fiscalía, generando una despenalización de facto, que luego llevó a la legalización, en los casos de Bélgica y Holanda, con el argumento predeterminado de que la legalización era necesaria para garantizar la seguridad jurídica.

Derecho a la muerte

Desde los años sesenta, con la fundación de la asociación para la muerte digna en Estados Unidos, la cuestión de la eutanasia cambió en cuanto a su consideración. Desde la clásica defensa de la muerte humanitaria, de las personas que sufrirían condiciones de vida supuestamente indignas, se pasó a la exaltación de un supuesto derecho a que se mate a quien lo solicite, si se encuentra en condiciones subjetivas y objetivas de indignidad. Se defiende así un supuesto control sobre la propia vida mediante el homicidio eutanásico en nombre de la autonomía, precisamente de las personas que se encuentran en condiciones menos autónomas.

La jurisprudencia constitucional española ha insistido reiteradamente en que el derecho a la vida, y el derecho a no sufrir tratos inhumanos o degradantes, no conllevan un derecho a ser matado a petición propia. Tanto en el debate de la Comisión del Senado sobre la eutanasia, como en las ocasiones en las que se han rechazado proposiciones de ley sobre su legalización, el argumento mayoritario ha sido que en la eutanasia se produce una transitividad, una persona mata a otra, lo que justifica la intervención del estado en protección de la vida humana en su momento más vulnerable. Igualmente es preciso recordar que en la jurisprudencia comparada, especialmente en la norteamericana, uno de los elementos considerados para superar la autonomía de quien se niega a un determinado tratamiento médico es, precisamente, la intención suicida, que nunca es amparada, aunque no se sancione, por el ordenamiento.

El supuesto derecho a la muerte digna enmascara, en nombre de una posición parcial sobre la autonomía del paciente, la realidad jurídica de la eutanasia. Bioéticamente hablando no es lo mismo morirse, o dejar morir, que matar o ayudar a otro a matarse. Mientras que morirse es un hecho, dejar morir implica una conducta éticamente relevante, ya que unas veces procederá abstenerse de intervenir, o suspender el tratamiento iniciado, en los casos de enfermedades incurables; y otras veces, dejar morir, pidiéndolo o no el paciente, puede ser un acto inmoral y hasta criminal de dejación de los deberes de asistencia hacia el enfermo. Podría haber una omisión de la conducta éticamente debida hacia la persona enferma, cuando existiendo una mínima expectativa terapéutica, el facultativo dejase de aplicar el tratamiento o

suspendiese las medidas de soporte vital indicadas por la *lex artis*, apelando al respeto a la libertad o a la autonomía del paciente.

El causar la muerte de alguien, ya sea de forma activa o pasiva, implica una acción transitiva que busca matar, lo que siempre es inmoral por ser contrario a la ley natural y a los más elementales principios de la ética. De modo que, sin perjuicio de que en la eutanasia y el suicidio asistido la finalidad pueda ser compasiva, esta intención buena no hace bueno el medio empleado, y sólo puede modular o rebajar la responsabilidad, moral y jurídica, derivada de una acción que significa “matar”, es decir, terminar con la vida de una persona.

Otorgar un poder

Desde un punto de vista estrictamente jurídico, la eutanasia legalizada otorga el poder, generalmente al personal sanitario, de poner fin directamente a la vida de personas en condiciones especialmente dependientes. En este sentido, es una clara manipulación ideológica el que este poder se amplíe, precisamente en nombre de los derechos subjetivos de aquel de quien se considera, con parámetros de calidad, que está en una condición indigna. No en vano autores como Herranz, Kass y Hendin han señalado que la eutanasia suele reclamarse por unos sujetos, que se consideran autónomos en sentido filosófico, para otros que se encuentran en condiciones objetivas de vulnerabilidad.

Desde el punto de vista deontológico, la eutanasia, lejos de limitar el poder del médico en su condición de superioridad respecto al paciente, lo amplía de forma arbitraria. Es más, la protección jurídica de la vida más dependiente se limita a una especie de control burocrático de formularios, que, en los casos como el belga, incluso impiden en primera instancia el control por el órgano administrativo, el conocimiento del nombre de la víctima y el del ejecutor. En las dos legislaciones vigentes que legalizan la eutanasia, la protección de la vida se reduce, en consecuencia, a un mero control administrativo, lo que insistimos no cumple las exigencias del artículo 15 de la CE.

Imposición moral

La desprotección de la vida humana más dependiente, en sus fases terminales, supone la imposición de una moral radical que contradice la tradición de protección jurídica de nuestros ordenamientos. Además, otorga el poder a la administración sanitaria, y al médico concreto, para infringir esta tradicional protección jurídica de la vida, precisamente en su fase más dependiente y vulnerable. Finalmente, modifica el principio rector del ordenamiento de dignidad de la vida humana. El principio fue descrito precisamente para evitar la menor protección jurídica de quien se encontraba en situaciones de dependencia. Con la legalización de la eutanasia se procede a atribuir dignidad o privar de la misma a vidas concretas, para luego retirar la misma igualdad jurídica.

Situación social

El derecho, lejos de someterse a exigencias ideales en nombre de una u otra perspectiva moral, debe atender a la situación real de las relaciones intersubjetivas en una sociedad dada. En este sentido, con un esfuerzo continuado, es muy dudoso que en la sociedad española actual se incrementen los casos de obstinación terapéutica, por una posición vitalista de prolongar la vida a cualquier precio. Por el contrario, las circunstancias actuales muestran un riesgo cierto de abandono terapéutico, por razones económicas respecto a vidas que se consideran indignas. De ahí que sea aún más arriesgado aumentar el poder del médico y del sistema sanitario para poner fin a una vida humana dependiente, aumentando las presiones sobre los pacientes o generando protocolos de actuación que objetivamente favorecen la eutanasia.

Desde el punto de vista de la vida social, la inmoralidad intrínseca de la eutanasia compromete la vida común, ya que el hecho mismo de quitarle la vida a alguien, aunque sea a petición suya, es inaceptable y tendría consecuencias terribles. Entre estas consecuencias, el profesor N. Blázquez ha señalado las siguientes:

- *Presión moral sobre los ancianos y enfermos*, que sentirían una enorme inseguridad y podrían verse inducidos a pedir su desaparición para no ser

molestos; una especie de ensañamiento psicológico, precisamente sobre los más débiles e indefensos;

- *Muertes impuestas por otros*, que se producirían cuando la voluntariedad no se diera, pero otros, incluso familiares, tuvieran intereses alrededor de esa muerte; por ejemplo, en casos de neonatos defectivos, incapaces, etc.;
- *Desconfianza en las familias y en las instituciones sanitarias*, que, con la legalización de la eutanasia, podría llevar a una situación de auténtico temor en ancianos, enfermos y discapacitados;
- *Depreciación institucionalizada de la vida humana*, que sería valorada más por su capacidad de hacer o producir que por su mismo ser;
- *Interceptación del proceso de aceptación de la propia muerte*, proceso psicológico natural del individuo que podría quedar privado en alguna de sus fases por el acto eutanásico.

Testamento vital o documento de instrucciones previas

En España contamos con legislación reciente que se ocupa específicamente de regular la autonomía y derechos de los pacientes. Además del Convenio de Oviedo sobre Biomedicina y Derechos Humanos, del Consejo de Europa (1997), y de la abundante legislación autonómica, contamos con la Ley 41/2002, básica reguladora de la autonomía y de los derechos y deberes de los pacientes en materia de información y documentación clínica. En esta última norma, se trata del consentimiento informado, que deberá preceder a cualquier intervención sobre una persona en el ámbito biomédico, así como de los testamentos vitales que el legislador español ha denominado “documentos de instrucciones previas”.

El paciente puede ejercer su autonomía en diferentes momentos: cuando decide entre las diferentes opciones clínicas disponibles, o al aceptar o rechazar tratamientos, y esta decisión sólo la podrá tomar si previamente ha sido informado por el médico. El artículo 3 de la Ley 41/2002 define el consentimiento informado como *“la conformidad libre, voluntaria y consciente de un paciente, manifestada en el pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada, para que tenga lugar una actuación que afecta a su salud”*.

Una modalidad de este consentimiento lo constituye el testamento vital, o documento de instrucciones previas a las que la Ley 41/2002 dedica el artículo 11. Este documento refuerza las exigencias de atención debida ética y jurídicamente a la autonomía de los pacientes, permite establecer, de forma anticipada, la voluntad de una persona sobre la aplicación de determinados tratamientos o el rechazo a los mismos, y, por tanto, trasladar el espíritu del consentimiento informado a aquellas fases de la enfermedad o estado en las que el paciente no tiene capacidad para decidir. Su fundamento es, pues, prácticamente el mismo que el del consentimiento informado.

Eutanasia y objeción de conciencia

Actualmente la eutanasia es un delito, cualificado con una pena poco grave si se compara con otras formas de homicidio. Como es sabido, esto se debe a que se vinculó con el suicidio en una decisión muy discutible tomada en el año 1995. No parece que la escasa gravedad de la pena pueda producir una acción objetora, en todo caso parece más bien que debería dar paso a una acción cívica a favor de una más correcta proporción de la pena al delito. Cabe pensar entonces que la relación entre objeción de conciencia y eutanasia se remite a un futuro de posible legalización de esta última. Entendemos que la colaboración directa en un acto tan grave, desde la perspectiva moral, debería producir la resistencia de todos los llamados a participar en él.

Se argumenta con razón que, incluso en un sistema legalizado, los médicos deberían oponerse a la práctica objetando en razón del *telos* de su profesión. La eutanasia es una práctica anti-médica pues no es el fin de la profesión médica causar la muerte sino todo lo contrario. Es más, algunos creen, con optimismo, que el sistema español ampararía siempre a quienes objetasen su participación en la eutanasia. Sin embargo, aparte de que algunos profesionales se han manifestado dispuestos a aceptar estas prácticas, las primeras propuestas legislativas parecen admitir alguna coacción sobre los médicos que puedan ser rigurosos en su empeño por preservar la vida y no causar la muerte de algunos pacientes en situaciones terminales. Además, hay sectores, autodenominados progresistas, que niegan el que la objeción de conciencia se pueda considerar como un derecho fundamental, establecido en

la Constitución, al tiempo que son partidarios de limitarla en aquellos profesionales que trabajan para el sistema público.

Debemos ser conscientes de que la incorporación de una norma gravemente injusta, que incardina una provocación de la muerte en el sistema sanitario, sobrepasa la cuestión de la participación directa pues pervierte cientos de acciones a las que el sanitario es llamado necesariamente. Véase a este respecto lo que ocurre con la deriva eugenésica de nuestro sistema prenatal donde la jurisprudencia civil ha consagrado el derecho a la detección y eliminación del discapacitado, con indemnización en caso contrario. Algo similar ocurriría con la eutanasia. Buena parte del sistema de cuidados paliativos o de diagnóstico de enfermedades, así como de calificación de las calidades de vida, podría quedar subordinado *de facto* al objetivo de acabar con la vida. Ciertamente es que junto a la lucha contra la norma injusta debemos distinguir entre la colaboración directa al mal, a la que hay que resistirse, y la utilización de nuestra actividad en un contexto criminal pero en el que no colaboramos directamente.

El problema, en definitiva, es el carácter de la injusticia a la que el profesional sanitario puede verse abocado, ya que la clasificación de hombres y mujeres como personas o no, según sus condiciones vitales, es un atentado gravísimo no sólo contra la conciencia del llamado a colaborar en tal práctica, sino contra el estado de derecho.

5. Los cuidados paliativos: la única opción moralmente aceptable para la atención de la persona al final de la vida. Ayuda médica. Apoyo humano, afectivo y social

Según la Guía de Cuidados Paliativos, editada por la Sociedad Española de Cuidados Paliativos, en la situación de enfermedad terminal concurren una serie de características que son importantes no sólo para definirla, sino también para establecer adecuadamente la actitud terapéutica.

Los elementos fundamentales que determinan la necesidad de cuidados paliativos son los siguientes:

1. Padecimiento de una enfermedad avanzada, progresiva, incurable.
2. Falta de posibilidades razonables de respuesta al tratamiento específico.
3. Presencia de numerosos problemas o síntomas intensos, múltiples, multifactoriales y cambiantes.
4. Gran impacto emocional en paciente, familia y equipo terapéutico, muy relacionado con la consideración, explícita o no, de la muerte.
5. Pronóstico de vida inferior a 6 meses.

Esta situación compleja produce una gran demanda de atención y de soporte, a los que los profesionales sanitarios han de responder adecuadamente. Procesos patológicos tales como el cáncer, SIDA, enfermedades de la motoneurona, insuficiencia específica orgánica (renal, cardíaca,...) cumplen estas características, en mayor o menor medida, en las etapas finales de la enfermedad. Clásicamente la atención del enfermo de cáncer en fase terminal ha constituido la razón de ser de los Cuidados Paliativos.

Como es obvio, en la administración de los cuidados paliativos resulta fundamental no calificar como enfermo terminal a un paciente potencialmente curable. Por ello es fundamental distinguir entre eutanasia y cuidados paliativos desde una perspectiva jurídica.

Sin entrar a discutir las diferentes posturas existentes, ni cuestionar los posicionamientos morales y/o personales que en éste y en otros problemas pueden adoptarse, queremos realizar una pequeña aproximación doctrinal al concepto de cuidados paliativos. Por lo tanto, lo primero es señalar que lo que conocemos como cuidados paliativos sólo es aplicable en aquellos supuestos en que una persona presenta un cuadro clínico irreversible, debido a enfermedades incurables o a situaciones que traen consigo sufrimientos físicos o psíquicos insoportables para el paciente.

En lo que respecta a la ayuda médica, el apoyo humano, afectivo y social en los cuidados paliativos se constatan normalmente las dificultades, que tienen los profesionales sanitarios en su práctica diaria, para establecer una comunicación abierta con el enfermo en situación terminal. La muerte y el proceso de morir evocan en los cuidadores reacciones psicológicas que conducen, directa o indirectamente, a evitar la comunicación con el paciente y su familia. Para conseguir una comunicación adecuada es necesario vencer la ansiedad que en los cuidadores genera el dar malas noticias, así como el miedo a provocar en el interlocutor reacciones emocionales no controlables, y la posible sobre-identificación y el desconocimiento de algunas cuestiones que el paciente puede suscitar.

La comunicación es una herramienta terapéutica esencial para hacer efectivo el principio de autonomía, el consentimiento informado, la confianza mutua, la seguridad y la información que el enfermo necesita para ser ayudado y ayudarse a sí mismo. También permite la imprescindible coordinación entre el equipo cuidador, la familia y el paciente. Una buena comunicación en el equipo sanitario reduce ostensiblemente el estrés generado en la actividad diaria. Una familia que recibe información clara y fiable, sobre lo que acontece, es más eficaz en el desempeño de su papel de ayuda y apoyo al enfermo.

Por ello, el enfermo y su familia, conjuntamente, constituyen la unidad a considerar en el tratamiento. La situación de la familia del enfermo terminal suele estar sometida a un gran impacto emocional, "temores" o "miedos" múltiples, que los profesionales sanitarios deben saber reconocer y abordar en

la medida de lo posible. La idea de la muerte, presente de forma más o menos explícita, el miedo al sufrimiento de un ser querido, la inseguridad de si se tendrá fácil acceso al soporte sanitario, las dudas sobre la capacidad y las fuerzas propias para cuidar al enfermo, los problemas que pueden aparecer en el momento final y la propia aceptación de la muerte, son circunstancias que suelen afectar a la familia. No hay que olvidar que, a menudo, es la primera experiencia de este tipo para el enfermo y su familia, y que la tranquilidad de la familia repercute directamente sobre el bienestar del enfermo.

Este impacto de la enfermedad terminal sobre el ambiente familiar puede determinar distintas situaciones, en función de factores relacionados con la enfermedad misma (control de síntomas, información, no adecuación de objetivos enfermo-familia), así como entorno social y circunstancias de vida del enfermo. Entre ellos están:

- La personalidad y circunstancias personales del enfermo.
- La naturaleza y calidad de las relaciones familiares.
- Las reacciones y estilos de convivencia del enfermo y familia, en fallecimientos anteriores.
- La estructura de la familia y su momento evolutivo.
- El nivel de soporte de la sociedad.

La primera intervención del profesional sanitario, o del equipo médico, será la de valorar si la familia puede, emocional y prácticamente, atender de forma adecuada al enfermo en función de las condiciones descritas. Además, desde el comienzo debe identificarse a la persona que llevará el peso de la atención, para reforzar sus actuaciones y revisar las vivencias y el impacto que se vayan produciendo.

El siguiente paso será planificar la integración plena de los familiares mediante:

- La educación de la familia.
- El soporte práctico y emocional de la familia.
- La ayuda en la rehabilitación y recomposición de la familia (prevención y tratamiento del duelo).

Este trabajo de valoración de la situación familiar debe ir haciéndose periódicamente ya que puede modificarse bruscamente en función de la aparición de crisis.

Por último, debe de prestarse la adecuada atención al proceso de duelo, el cual puede ser definido como el estado de pensamiento, sentimiento y actividad que se produce como consecuencia de la pérdida de una persona amada, asociándose a síntomas físicos y emocionales. La pérdida es psicológicamente traumática en la misma medida que una herida o quemadura, por lo cual siempre es dolorosa. Necesita un tiempo y un proceso para volver al equilibrio normal, que es lo que constituye el duelo.

6. Conclusiones

Todo ser humano posee una dignidad intrínseca e inviolable, que no es susceptible de gradaciones, y que es universal e independiente de la situación de edad, salud o autonomía que se posea.

Esa dignidad es inherente a toda vida humana, le confiere el derecho irrenunciable a la vida y es un deber inexcusable del Estado protegerla, incluso cuando la persona, su titular, pueda no valorarla.

Para quienes propugnamos una Medicina a favor de la vida, así como la dignificación de la profesión sanitaria, tan imperativo es el rechazo de la eutanasia (activa y pasiva) como el del encarnizamiento terapéutico. Partiendo de la convicción de que *matar o ayudar a matarse* no es lo mismo éticamente que *dejar morir* cuando no hay terapia y la situación es irreversible, insistimos en que el principio básico debe ser el del respeto máximo de la vida humana. En el contexto del individualismo hedonista que algunos defienden, el *derecho a una "muerte digna"* es un eufemismo para fomentar un supuesto derecho a matarse, o a matar por compasión, en sintonía con una inaceptable concepción de la autonomía, la libertad y la vida humanas.

La limitación del esfuerzo terapéutico, suspendiendo un tratamiento calificado por el equipo médico como fútil o desproporcionado, o la retirada de un soporte vital, en situaciones de enfermedad terminal, irreversible, que no tienen expectativa terapéutica, no supone eutanasia, ni activa ni pasiva, sino que se trata de una acción correcta bioética y jurídicamente, siempre que se cuente con un consentimiento informado válido del paciente, o de sus representantes legales, si éste no pudiera expresarlo. La hidratación adecuada del enfermo, incluso por vía artificial, es, en principio, un medio ordinario y proporcionado que evita el sufrimiento y la muerte derivados de la deshidratación.

Recomendamos a científicos, médicos y demás profesionales de la salud que se esfuercen por consensuar la terminología y los protocolos de actuación,

como forma de garantizar la seguridad ética y jurídica de sus actuaciones en este tipo de situaciones clínicas.

El auxilio al suicidio y la eutanasia representan atentados contra la vida humana reprobables ética y jurídicamente. También es rechazable la obstinación terapéutica, o el privar a cualquier persona del derecho a asumir lo más serenamente posible su proceso de muerte. Por ello, ante un enfermo terminal, con dolor físico y/o sufrimiento moral, lo más justo y humano es acompañarle, administrarle tratamientos proporcionados y paliar sus dolores, respetando siempre tanto la vida como la muerte.

El testamento vital, como forma de asegurar el respeto a la autonomía de la persona, está regulado jurídicamente, y debe de conciliar la atención a las previsiones y preferencias del otorgante, con la garantía de la legalidad, así como con las exigencias de la *lex artis* y los derechos y deberes de los profesionales de la salud.

Los cuidados paliativos, con una atención integral al enfermo terminal, que incluya los aspectos físicos, morales y espirituales de éste y respete su derecho a asumir su proceso de muerte, representan la actuación éticamente correcta, compatible con una ordenada concepción de la dignidad del morir.

Una consideración ética de la muerte, a la medida de la dignidad de la persona, reconocerá el valor indisponible de cualquier vida humana y rechazará el argumento ideológico que lleva a considerar unas vidas como dignas y otras no. Sobre esta base, se promueve la inviolable dignidad de la persona humana, la defensa de los derechos que le son inherentes, desde la objetiva y prudente consideración de la realidad y sentido de la vida y de la muerte.

7. Algunas referencias bibliográficas útiles

- Abellán Salort JC. Bioética, Autonomía y Libertad. Fundación Universitaria Española. 2007.
- Abellán Salort JC et al. La praxis del consentimiento informado en la relación sanitaria: Aspectos biojurídicos. Difusión Jurídica. 2007.
- Abellán Salort JC, Berrocal Lanzarot A. Autonomía, Libertad y Testamento Vital. Dykinson. 2008.
- Ballesteros J. Ortotanasia: el carácter inalienable del derecho a la vida (Ansuátegui Roig FJ, coord.). En Problemas de la Eutanasia. Dykinson. 1999.
- Blázquez Niceto. Bioética, la nueva ciencia de la Vida. BAC. 2000.
- Bonete Palacios E. Muerte encefálica, implicaciones éticas (G Gomez Heras JM, Velayos Castelo C, coord.). En Bioética: perspectivas emergentes y nuevos problemas. Tecnos. 2005.
- Cantero Rivas R, De Lorenzo y Montero R, López Timoneda F. La Responsabilidad Profesional en Anestesiología y Reanimación. Editores Médicos S.A. 2006.
- Conferencia Episcopal Española. La eutanasia: 100 cuestiones y respuestas sobre la defensa de la vida humana y la actitud de los católicos. Edice y Palabra. 1993.
- Dworkin G, Frey RG, Bok S. La eutanasia y el auxilio médico al suicidio. Cambridge University Press. 2000.
- Dworkin R. Do we have a right to die? En Freedom's Law: the moral reading of the American Constitution. Harvard University Press. 1996.
- Gafo J. La eutanasia. El derecho a una muerte humana. Temas de Hoy. 1989.
- Gracia D. Historia de la eutanasia. En La eutanasia y arte de morir (Gafo J, ed.). Publicaciones de la Universidad Pontificia de Comillas. 1990.
- Herranz G. La metamorfosis del activismo pro eutanasia. Persona y Bioética. 2004.
- Jonas H. Técnica, medicina y ética. Paidós. 1997.
- Juan Pablo II. Encíclica *Evangelium vitae* sobre el valor y el carácter inviolable de la vida humana. 1995.

- Kass L. Life, liberty and the defense of human dignity. The challenge for bioethics. Encounter books. 2002.
- Keown J. La eutanasia examinada. Perspectivas éticas, clínicas y legales. Fondo de Cultura Económica. 2004.
- Marcos del Cano AM. La eutanasia. Estudio filosófico-jurídico. Marcial Pons. 1999.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia en Cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud. 2007.
- Miranda G. Eutanasia: la antropología pro-eutanasia y la antropología cristiana. Ateneo Pontificio Regina Apostolorum. 2008.
- Ollero A. Bioderecho. Entre la vida y la muerte. Thomson-Aranzadi. 2006.
- Polaino Lorente A. Manual de Bioética General. Rialp. 1994.
- Recuero JR. La eutanasia en la encrucijada. Biblioteca Nueva. 2004.
- Romañach J. Los errores sutiles del caso Sampedro. Cuenta y Razón del Pensamiento Actual. 2004.
- Serrano Ruiz-Calderón JM. Eutanasia y vida dependiente. Eiunsa. 2001.
- Serrano Ruiz-Calderón JM. Retos Jurídicos de la Bioética. Eiunsa. 2005.
- Serrano Ruiz-Calderón JM. La ley 41/2002 y las voluntades anticipadas. Cuadernos de Bioética. 2006.
- Serrano Ruiz-Calderón JM. La cuestión de la eutanasia en España: consecuencias jurídicas. Cuadernos de Bioética. 2007.
- Serrano Ruiz-Calderón JM. Testamentos vitales. Persona y Derecho. 2007.
- Serrano Ruiz-Calderón JM. La eutanasia. Eiunsa. 2007.
- Servicio Madrileño de la Salud. Guía de Cuidados Paliativos de la Comunidad de Madrid. Consejería de sanidad. 2008.
- Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Declaración sobre la Eutanasia. 2002.
- Tomás y Garrido G, Postigo Solana E. Bioética personalista: Ciencia y controversias. Eiunsa. 2007.
- Vila Coro M^a D. La bioética en la encrucijada: Sexualidad, aborto y eutanasia. Dykinson. 2007.

LOS AUTORES

César Nombela Cano

Profesor de Microbiología, Facultad de Farmacia de la Universidad Complutense de Madrid

Francisco López Timoneda

Profesor de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor, Facultad de Medicina de la Universidad Complutense de Madrid

José Miguel Serrano Ruiz-Calderón

Profesor de Filosofía del Derecho, Facultad de Derecho de la Universidad Complutense de Madrid

Elena Postigo Solana

Profesora de Bioética y Antropología Filosófica, Facultad de Medicina de la Universidad CEU San Pablo de Madrid

José Carlos Abellán Salort

Profesor de Filosofía del Derecho y Bioética, Facultad de Ciencias Jurídicas y Empresariales de la Universidad Francisco de Vitoria de Madrid

Lucía Prensa Sepúlveda

Profesora de Anatomía y Embriología Humana, Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Madrid