

Cuadernos
de la Fundació **41**
Víctor Grífols i Lucas

Eutanasia y suicidio asistido

FUNDACIÓ
VÍCTOR
GRÍFOLS
i LUCAS

5942/01
28/07/16

Eutanasia y suicidio asistido

41

Cuadernos
de la Fundació **41**
Víctor Grífols i Lucas

FUNDACIÓ
VÍCTOR
GRÍFOLS
i LUCAS

Eutanasia y suicidio asistido

Cuadernos de la Fundació Víctor Grífols i Lucas
Eutanasia y suicidio asistido. Nº 41 (2016)
Edita: Fundació Víctor Grífols i Lucas. c/ Jesús i Maria, 6 - 08022 Barcelona
fundacio.grifols@grifols.com www.fundaciogrifols.org
ISBN 978-84-608-9683-8 Depósito Legal: B 18342-2016

Cuadernos
de la Fundació 41
Víctor Grífols i Lucas

SUMARIO

Pág.

Presentación

Núria Terribas 7

Introducción

Notas sobre el tiempo, la muerte y la eutanasia

Josep M. Esquirol 11

La experiencia de países de nuestro entorno

La eutanasia en Holanda: más de cuarenta años de experiencia

Aycke O. A. Smook 26

La eutanasia en Bélgica

Jacqueline Herremans 35

El modelo suizo

Jérôme Sobel 45

La eutanasia: marco legal en España y encaje del posible derecho a disponer de la propia vida

Carmen Tomás-Valiente 59

La visión de las instituciones y los profesionales

Fernando Marín 74

Josep Terés 83

Màrius Morlans 89

Montse Puig 97

Miquel Domènech 104

Relación de participantes 111

Títulos publicados 112

PRESENTACIÓN

Eutanasia y ayuda al suicidio son dos términos que siempre han suscitado controversia y debate, en entornos sanitarios, jurídicos, académicos y, por supuesto, en la sociedad. Cuestión también debatida como tema ya tradicional de la bioética y a menudo con dificultad para precisar conceptos y alcanzar consenso de qué entendemos por cada cosa. De forma reiterativa se reproducen argumentos a favor y en contra, sin excesivo rigor, por lo que se requiere un debate sereno y abierto a los argumentos del otro.

En España el debate en torno a la eutanasia y la ayuda al suicidio se remonta a los años noventa, con el caso por todos conocido de Ramon Sampetro y la actividad incansable de instituciones como la Asociación Derecho a Morir Dignamente, que en nuestro país y en todo el mundo, lucha por una regulación homogénea en todos los países que permita tales prácticas, en respeto a la autonomía de las personas y a la disponibilidad sobre su propia vida.

A pesar de los casi 20 años transcurridos, y los cambios legislativos en algunos países de nuestro entorno como Holanda, Bélgica o Luxemburgo, la ayuda a morir de las personas con grave sufrimiento y situación irreversible, por enfermedad o discapacidad, sigue castigada en nuestro Código Penal y en la mayoría de países.

Los textos que se recogen en esta publicación, y que son fruto de las ponencias expuestas en el *VIII ciclo de Conferencias Josep Egozcue* organizadas por la Fundació Víctor Grífols i Lucas, ilustran este debate. Desde la reflexión más filosófica, pasando por el necesario análisis jurídico del marco regulador en España y sus posibles interpretaciones, la experiencia de otros países que ya han dado un paso al frente con la modificación legal, y el relato en primera persona de experiencias de enfermos con su visión subjetiva sobre el tema.

Todos ellos nos ilustran sobre una cuestión nada fácil, con un claro componente subjetivo en cuanto a la percepción individual de lo que es el vivir y el morir, la experiencia del sufrimiento y analizando también las cautelas que

como sociedad estamos obligados a tomar para que un derecho, de libre elección en su ejercicio y siempre desde el máximo respeto a todas las opciones, no se convierta en una imposición o en un abuso.

Con esta publicación esperamos contribuir a la reflexión, aportando más elementos para un debate informado y no sesgado sobre un tema polémico pero esencial de analizar en una sociedad plural y democrática.

Núria Terribas

Directora de la Fundació Víctor Grífols i Lucas

Introducción

**Notas sobre el tiempo,
la muerte y la eutanasia***

Josep M. Esquirol

Profesor de Filosofía de la Universidad de Barcelona

* Algunas de estas notas forman parte del libro: Esquirol JM. El respirar de los días. Barcelona: Paidós; 2009. Las demás son inéditas.

Antes que un tema especulativo, la muerte es una situación existencial límite que nos concierne absolutamente. De ahí que al tratar de ella sean tan inoportunas la divagación gratuita y la filigrana intelectual. Se trata de mi muerte y de la muerte de los demás. ¿Cabe trivializar y engañarnos también en esto? Nada de retórica, y un máximo de seriedad y de honestidad.

A veces, las situaciones límite hay que tratarlas lateralmente, pues no es posible enfrentarse a ellas directamente. Lo dice François de La Rochefoucault, que ni el sol ni la muerte se pueden mirar de frente. De ahí la necesidad de algún tipo de lateralidad. Y tal vez esta sea la razón de estas notas todavía inarticuladas en las que tratamos de la muerte, del tiempo y, finalmente, de la eutanasia. Está por ver si es el tiempo el que ayuda a pensar la muerte, o es al revés. Ni uno ni otra son *cosas* y por eso no son definibles. Manejamos el tiempo, pero la esencia del tiempo, la *temporalidad* del tiempo, nos resulta incomprensible. En una primera aproximación parece como si el tiempo y la muerte fuesen aspectos de la nada, es decir, del proceso de nihilización que afecta esencialmente a la existencia humana. El tiempo que engulle y la muerte que representaría el asalto definitivo. Pero este aspecto no agota ni mucho menos tiempo y muerte.

La finitud del tiempo, o el tiempo que se termina

Hay un sencillo y precioso consejo, dechado de sabiduría práctica, en la Regla que escribió San Benito para sus monjes: «Hacer las paces antes de la puesta del sol...». Hacer las paces puede ser perdonar, disculparse, entenderse, hablarse, darse la mano, abrazarse o dedicar una simple mirada benévola. Hacer las paces es también una manera de dar tiempo al otro. Como la convivencia entre las personas no siempre es fácil y cómoda, pudiendo haber malentendidos, errores, ofensas, envidias, celos y diversas desavenencias, debe procurarse actuar de maneras que permitan seguir conviviendo; una de tales maneras de actuar es hacer las paces.

Pero, según San Benito, esta acción es oportuno hacerla antes de que se ponga el sol, es decir, antes de que se acabe el día; evidencia que nunca deberíamos

olvidar: que *el día se acaba*, que la vida humana y su tiempo son finitos. La expresión más inequívoca de tal finitud es la mortalidad, y probablemente el rasgo que más define nuestra condición es que somos conscientes de nuestra mortalidad. Lo somos o habríamos de serlo, ya que, a veces, por efecto de diversas especies de anestésicos, vivimos y hacemos las cosas como si esto hubiese de durar siempre. Así pues, el buen consejo benedictino, además de poner de manifiesto nuestra capacidad de amar al prójimo, es también una manera de mantener despierta la conciencia de nuestra condición finita y mortal.

Hay, empero, otro aspecto que merece ser destacado: desde un punto de vista tanto individual como colectivo, saber que el tiempo no se alarga indefinidamente, sino que a todo le llega su final, nos hace ser más responsables. Ciertamente hemos de responder de lo que está en nuestras manos mientras aún estamos a tiempo. Solo a primera vista esto puede parecer un poco chocante, pero enseguida se descubre su lógica: cuando sabemos que no tenemos todo el tiempo del mundo, sino un tiempo limitado, es cuando decidimos hacer el esfuerzo. La consciencia de la finitud lleva a la acción.

Paradójicamente, cuando hay previsiones a corto o medio plazo es cuando salta la alarma y se empieza a estar dispuestos a hacer alguna cosa. Podríamos aducir un sinnúmero de ejemplos de situaciones sociales en las que no se actuó hasta que el mal se vio ya inminente. En muchos de esos casos no se pudo evitar la desgracia. O sea, no se actuó (no se hicieron las paces) cuando realmente hacía falta (antes de la puesta del sol). Sin embargo, «más vale tarde que nunca»..., siempre se puede tener la suerte de acabar salvando alguna cosa.

Fuera de los casos en que se crea que no ha llegado todavía el momento oportuno, decir «ya habrá tiempo para ello» es hacerse cómplice de la pereza. «No tardar» o «no retrasarse» no significa que haya que ir siempre con prisas, sino que hay que actuar cuando conviene.

Sabemos que las cosas se acaban, pero a menudo no sabemos cuándo. Sabemos que nos hemos de morir, pero no el día ni la hora de nuestra muerte. *Mors certa, hora incerta*. «El hombre ignora su momento: como peces apresados en la red, como pájaros presos en el cepo, así son tratados los humanos

por el infortunio cuando les cae encima de improviso».¹ Indeterminada pero segura, la muerte es una ausencia presente. No sabemos cuánto tiempo nos queda, y hemos de procurar, por eso, no aplazarlo todo y, también, terminar lo que hacemos y no dejar demasiadas cosas pendientes. El enfermo grave, sabiéndose próximo a morir, quiere dejar las cosas «arregladas», le preocupa que queden asuntos por resolver, negocios que ya no funcionen, propósitos que no se cumplan. El contenido de los testamentos, las últimas voluntades y las peticiones más personales revelan este deseo de dejarlo todo bien.

Una vez hecho lo que había que hacer, una vez hechas las paces, quizá quedara todavía algún tiempo, e incluso mucho tiempo (muchas puestas de sol), pero a buen seguro que ese sería un tiempo en el que, precisamente por haber actuado y hecho ya lo que había que hacer, se viviría –y se dormiría– mejor.

Consciencia de la muerte

Sabemos que la muerte no es un problema o un obstáculo –eventualmente superable– sino una condición. Esta condición nos la revela, en parte, la enfermedad. Es obvio que contra la muerte no hay remedio que valga, y tampoco la salud es tal remedio. Este conocimiento nos acompaña toda la vida, e incluso cuando se pretende mantenerlo en un voluntario olvido nos sigue cual musitante sombra.

La consciencia de la muerte da pie para afirmar que solo el hombre muere. Aunque normalmente planteamos el contraste entre lo inanimado, que pasa, se desgasta, se destruye, desaparece, y lo vivo, que muere, también podría decirse con alguna mayor propiedad que sólo muere el hombre, ya que solo él es consciente del morir: la planta se marchita, el animal expira, el hombre *muere*. Su vida está configurada por la consciencia de su mortalidad. Las plantas y los animales también «mueren», pero no son conscientes de ello; son finitos, pero ignoran su finitud.

La temporalidad del ser humano se deriva de la consciencia de la muerte, y, por eso, aunque parezca una tautología, la frase de Heidegger «el tiempo es temporal» define muy sutilmente el tiempo. Remítase en ella el concepto

abstracto de tiempo a la temporalidad –modo de ser del mortal que se sabe mortal–. Comparte así Heidegger un buen trecho del camino agustiniano: la pregunta «¿qué es el tiempo?» nos conduce al tiempo del yo, pero a la vez muestra que el tiempo es mi tiempo y no es exactamente un «qué», sino un «cómo»: el cómo de un ser que tiene su posibilidad más propia en el haber sido, o sea, en la muerte, y esto inclusive cuando no quiere saber nada de ello. El ser humano, consciente de la muerte, vive abocado sobre todo al futuro, anticipándose, a la espera de «poder ser». Toda la cuestión heideggeriana de la angustia depende de esta condición temporal. Esa angustia lo es ante algo absolutamente indeterminado pero seguro, ante algo que está cerca y, a la vez, en ningún sitio. La consciencia de lo inminente de la muerte *apremia, da prisa* –solo en el sentido de que no tenemos todo el tiempo del mundo– y *da tiempo* –porque tenemos nuestro tiempo–. Ambas cosas a la vez. Inminencia o proximidad: puede que el destino nos emplace para bastante más allá –así lo deseamos–, pero eso no quita que percibamos la proximidad de la muerte y la fina línea que de ella nos separa.

El valor formativo de la muerte

En cierto sentido, nuestra vida es inimaginable sin final, y tampoco está claro si sería así muy deseable. Simone de Beauvoir explica cómo una existencia terrenal sin muerte significaría volver a comenzar una y otra vez, sin fin, y que todo se convertiría en una especie de juego, sin seriedad, ni profundidad, ni responsabilidad.² ¡Una existencia temporal sin muerte es más difícil aún de concebir que nuestra condición mortal! Paradójicamente, si difícil es aceptar nuestra vida mortal, no menos difícil sería aceptar *esta misma vida* inmortal.

Lejos de esnobismos y de evasiones, los sabios han defendido moderadamente la conveniencia de la meditación sobre la muerte y su valor «educativo». Si cada día piensas en la muerte, «nunca darás cabida en tu ánimo a bajeza alguna, ni anhelarás nada en demasía», dice Epicteto.³ Y Montaigne: «Meditar en la muerte por adelantado es meditar por adelantado en la libertad, y quien aprende a morir ha desaprendido a servir».⁴

Meditar sobre la muerte no quiere decir pensarla en el sentido de tratar de explicarla. Si –aquí– «pensarla» equivale a abordarla directamente, meditar significaría dirigir a ella la atención pero a través de algún filtro, o a la hora del atardecer, o bien medio de soslayo. En realidad, todo tiene que ver con la muerte, y, por lo tanto, todo nos la hace presente o nos la recuerda. Es una meditación que, además, no ofrece ningún indicio de tener fin, pues los mortales aún no se han acostumbrado a su condición. Así que la preocupación respecto a la muerte y la meditación sobre ella son paradigmas de lo que supone preocuparse y meditar.

La consciencia de la muerte tiene algo de liberadora, porque permite relativizar, siquiera sea un poco, nuestras afecciones, sobre todo las que nos apegan a las cosas, a los objetos, a las posesiones. Nos ayuda a dar a las cosas el valor que les corresponde, que, por descontado, no es absoluto. Nadie podrá llevarse de aquí cosa alguna material. La muerte ilumina el significado del poseer. Por eso, recuperando el mensaje socrático, nuestro cuidado fundamental no ha de versar sobre las riquezas y los bienes materiales, sino sobre la salud del alma.

Pero, de hecho, este relativizar que surge de la consciencia de la muerte no sirve tan solo para que estemos menos aferrados al mundo, sino que contiene otra lección aún más importante, que hace posible el ir más allá de uno mismo. Soltar un poco de lastre es práctica conveniente para que la nave, yendo menos pesada, descubra nuevos horizontes y llegue más lejos. Relativizar, en el sentido de soltar lastre, no significa, pues, aminorar o disminuir la vida, sino, por el contrario, hacerla crecer todavía más e incluso conseguir que se trascienda a sí misma. Solo puede ir más allá la vida que no está auto-centrada ni celosa de conservar los cofres y demás carga de sus pertenencias. Patentízase esto en las acciones –y las vidas– altruistas, plenamente dedicadas a los otros. Y también se puede observar en el amor a los propios hijos, siempre y cuando no se les trate como posesiones. En realidad, ningún hijo puede ser una posesión, porque tiene la mirada y la palabra independiente, de manera que si se le trata de forma posesiva se está forzando la relación y se le está dando un trato inadecuado, lo que a buen seguro tendrá malas consecuencias. Así pues, hasta el sano amor a los hijos va, efectivamente, más allá de uno mismo: amándoles no se está amando uno a sí mismo. Y sucede,

en compensación, que el amor a los hijos trasciende la muerte del padre, porque la huella de este amor perdura en ellos. No es que él mismo se trascienda con lo que tiene, sino que lo que trasciende es el amor a sus hijos, que, en ellos, va más allá de la muerte del padre.

La muerte tiene un valor educativo porque nos educa en la *sinceridad* y en la *seriedad*. Al final ¿a quién engañaremos o ante quién disimularemos? Todas las máscaras y todos los rostros de la apariencia se muestran entonces como lo que son: hojas que el viento se lleva. Pero no solo se esfuman las apariencias del teatro social, aún es más importante que lo hagan las que nos ponemos para encubrirnos a nosotros mismos. La sinceridad es, sobre todo, ser sincero con uno mismo.

La consciencia de la muerte nos despierta a la seriedad de la vida, seriedad que no está reñida con la ironía ni con el humor. Decía ya Epicuro que no se puede filosofar sin reír. No obstante, la vida es cosa seria, porque es grave, porque importa, porque no es fútil. He hablado del tiempo que pasa raudo, casi sin dejar huella, y también de la fugacidad de la vida. En ambos casos se nos da pie para considerar lo poco o nada que somos, según dijera ya el salmista: «¡El hombre! Como la hierba son sus días, / como la flor del campo, así florece; / lo azota el viento y ya no existe, / ni se sabe el lugar en que estuvo».⁵ Sin embargo, la consciencia de la muerte nos ayuda a descubrir la seriedad de la vida. Tanto el *nunca más* como el misterio del *haber sido* nos patentizan esta seriedad. Impónela también la consciencia de la muerte: el tiempo que tengo será desperdiciado si lo convertimos todo en diversión.

El tiempo que jamás retorna o el abismo de la irreversibilidad

El tiempo pasa, y lo hace siempre en la misma dirección: «hacia delante». Esto quiere decir que es *irreversible*. A excepción de su imaginario retorno en la memoria, es imposible volver atrás. Quizá lo de no poder nunca, en ningún caso, volver atrás sea una de las características de nuestra condición humana

más crudas y más difíciles de digerir. Las agujas del reloj sí que podemos girarlas hacia atrás, mientras que el tiempo avanza siempre en un único sentido. Solo hay billete de ida en el viaje de la vida y del tiempo.

Volviendo a las imágenes: nunca podremos bañarnos dos veces en el mismo río, pero no solo porque, a la segunda vez, las aguas no serán ya las mismas, sino porque tampoco los que entremos en ellas seguiremos siendo ya los mismos que antes.

Pero hay aquí algo abismal y sublime a la vez: lo que pasa y lo que hacemos son ya, de algún modo, «para siempre». Evidentemente, no en el sentido de que vayan a durar por los siglos de los siglos, sino en el de que lo que pasa y lo que hacemos habrá pasado y sido hecho para siempre, sin que jamás pueda ya nadie evitar que eso haya ocurrido o sido hecho... Lo pasado ha pasado para todos los siglos. Ninguna fuerza, divina o humana, logrará nunca que no esté hecho lo que ha sido hecho: en algún tipo de registro, en un rincón u otro de la realidad, habrá quedado una imborrable firma.

De todas las características del paso del tiempo es la irreversibilidad la que mejor lo define y la que más cosas nos dice sobre la vida. En este aspecto se muestran de nuevo idénticos el tiempo y la vida. Lo irreversible de la vida que incesantemente se nos escapa y lo irreversible del tiempo significan una misma cosa.

Las dos caras de una moneda podemos mirarlas tantas veces como queramos, pero no podemos hacer lo mismo con los procesos de la vida, no podemos recorrerlos hacia delante y hacia atrás. La vida –o el tiempo– no puede repasarse dándole la vuelta. Esta imposibilidad provoca en nosotros –al menos a veces– una sensación de ser poco reales y de que todo es, en definitiva, como un sueño.

Ahora bien, la imposibilidad de inversión le confiere a cada momento un valor altísimo, pues cada uno de ellos resulta ser único e irrepetible. Disfrutemos, por lo tanto, de esta conversación, de esta comida, de esta lectura..., porque ciertamente no se repetirán. La irreversibilidad del tiempo y de la vida pone de manifiesto que hay cosas absolutamente anteriores y otras posteriores. Y –como decíamos– es la irreversibilidad la que a cada momento le

confiere el «para siempre» del hecho de haberse dado sin enmienda posible. Según comenta brillantemente Jankélévitch: «El más profundo, inexplicable y misterioso encanto se halla, tal vez, en lo irreparable del “Ha sido”».⁶

Lo que vivimos no tiene precio precisamente porque solo tiene precio lo que se puede intercambiar, y la vida no puede cambiarse por nada. Cada momento de la vida, cada uno de sus instantes, por simple que sea, es único. Cada momento es un comienzo y un final. Al vivir estamos continuamente en una primera y última ocasión (muy a menudo, desde luego, velada su unicidad por otras semejantes ya vividas o que pensamos vivir). Y de esto vale la pena no olvidarse, o, por lo menos, no olvidarse siempre. La liturgia de algunos momentos de la vida cumple, o debería cumplir, esta función de toma de consciencia: todos los ritos iniciáticos, todos los juramentos y compromisos, algunos adioses... Cada vez es un «ya no más» (por mucho que se espere que no sea el último «ya no más», que no sea la muerte; hay que despedirse, pero todos esperan que no sea ese el último adiós).

La experiencia de lo irreversible no es solo de lo que se pierde o queda atrás, sino que es también de lo nuevo, lo que ha de venir, la sorpresa de lo imprevisible. De cara al futuro solamente tenemos una certeza: ninguna cosa será igual.

Todo es la primera y la última vez, y especialmente lo son el nacimiento y la muerte. El nacimiento es el paradigma de la novedad y de la entrada de lo singular en el mundo. La muerte del mortal es siempre única, e incluso «más única» que el nacimiento, porque es absolutamente última, mientras que al nacimiento le sucederán otros «nacimientos» continuadores... Cada día es un nuevo nacimiento, pero distinto del día anterior. El primer beso no ha de ser el último, pero sí que es el último en cuanto primero; y lo mismo el primer día de escuela, el primer día de trabajo... y también la comida de ayer con los amigos, la conversación de hoy con el vecino... todo es único, aunque en el futuro puedan darse situaciones parecidas.

La muerte es el mayúsculo «nunca más» (o es este su nombre propio, según se dice en los estupendos poemas de Poe y de Espriu intitulados ambos *El cuervo*); pero hay otros muchos «nunca más», y, si bien se mira, todo es un «nunca más».

La unicidad temporal es idéntica a la de la persona. Hay que tomarse en serio la *ipseidad*, la unicidad de cada persona humana, y, por tanto, la de todos y cada uno de los sucesos en que la persona está involucrada. Es por esto –y lo digo solo de pasada– por lo que a algunos nos cuesta aceptar cierto tipo de consolaciones en las que en vez de singularizar se habla genéricamente. Cada persona es como un milagro, y todos los momentos de nuestra vida tienen esta especie de excepcionalidad. La unicidad personal y la unicidad temporal se implican mutuamente. Cada momento de nuestra vida es único, *se da una sola vez y nunca más ya*. Brebaje de gusto amargo, para pasárselo sin aspavientos. Nos hallamos irremisiblemente emplazados en este sino maravilloso y a la vez trágico. Abismo de fascinación y de tragedia. Quizá sea esta la única cosa importante que sabemos: todo es una vez y luego nunca más.

Pero lo que acaba de hacer grave la irreversibilidad es la finitud. Lo irreversible del tiempo no sería lo que es si la vida no fuese finita. Si previésemos que el mañana y las novedades que trajera se irían renovando indefinidamente, no hablaríamos ya como ahora; más no es este el caso, y la irreversibilidad del tiempo no se verá compensada por una fuente inagotable de novedad. El que aquí haya un límite, es decir, el que la vida tenga un final, es lo que hace que sea grave lo irreversible.

Gesto fundamental y eutanasia

Todos somos médicos y enfermeros, porque el gesto humano más fundamental de todos es el de curar y el de amparar. Entiendo que la eutanasia, consistente en aminorar el sufrimiento del último tramo de la vida y, si es necesario, acortar tal tramo, forma parte del gesto fundamental. Ampara de los demás y de uno mismo en el tramo final.

El cuidado de la eutanasia no lo sitúo en la supuesta soberanía del sujeto sino en la responsabilidad y la bondad humana que intentan disminuir el sufrimiento ya gratuito. Comprendernos a nosotros mismos como sujetos dueños de nosotros mismos, soberanos y, por lo tanto, en *disposición* de la propia vida, no se aviene demasiado bien con la situación humana fundamental. «Disponer de la propia vida» refleja, en efecto, el lenguaje del poder, y centra

toda la atención en el tema de los derechos –del derecho de cada individuo a...–. Pero ¿qué ocurriría si en lugar de esta antropología del sujeto dueño de sí mismo, se desarrollase una antropología del sujeto vulnerable y solidario? Pues, por de pronto, que el «yo puedo» ya no sería el de la soberanía sino el de la dependencia y la responsabilidad. El «yo puedo» es solicitud y cuidado hacia los demás y también hacia nosotros.

Es obvio que desde esta perspectiva también el suicidio adquiriría otra significación. Dejaría de ser expresión de poder para revelarse como imposibilidad de continuar enfrentándose al sufrimiento. Desde esta perspectiva antropológica disminuye el dogmatismo y aumenta la comprensión de las situaciones humanas llevadas al límite.

Aunque lo que realmente cuenta es la significación del gesto, se podría llegar a decir que hay una continuidad «ontológica» entre «esperar» que llegue la muerte y hacer algo para que llegue antes y poder así evitar mucho sufrimiento innecesario. ¿Por qué se daría esta continuidad? Pues porque en ambos casos la muerte continúa presuponiendo total pasividad. Es decir, la muerte siempre viene. Incluso en el caso del suicidio: *provocar* la muerte es llamarla para hacer que salga y llegue antes. Pero continúa siendo ella la que viene. El suicidio es un acto que solo sustituye la *pasividad penúltima*; es un gesto de resistencia y de actividad antes de la última y definitiva herida.

También resulta evidente que, desde esta perspectiva, ni eutanasia ni suicidio son «ofensas». En la era postsubstancialista –más que posmetafísica–, no concebimos soberanía divina alguna que pudiera ser ofendida por los actos humanos del amparo.

Huelga decir que todo gesto auténtico puede ser y es objeto de perversión y de degeneración. Plantear las cosas como estamos haciendo aquí requiere mantener una vigilia continua contra todo tipo de actuación automática, fría o interesada en otros objetivos ajenos a los del amparo.

Metafísica del tiempo y de la muerte

Decíamos al principio que una estrategia podría ser la de abordar la muerte lateralmente con el tema del tiempo. Pero es una estrategia paradójica que nos

conduce a una situación imprevista. Cabría esperar que el tiempo fuese más penetrable que la muerte y de este modo podríamos penetrar un poco en lo impenetrable a través de aquello que no lo es tanto. Pero pronto se advierte que el tiempo es tan impenetrable como la muerte. Este es el motivo por el cual Heidegger invierte la estrategia y no pretende pensar la muerte a partir del tiempo sino el tiempo a partir de la muerte. Define la muerte de este modo: «La muerte es la posibilidad de la absoluta imposibilidad del *Dasein*». ⁷ Y luego presenta la temporalidad del *Dasein* como la anticipación y la apropiación de su ser para la muerte. Y la angustia como el estado de ánimo que nos da acceso a nuestro ser más propio (a la temporalidad de nuestro ser para la muerte), y por tanto, a la nada.

¿Pero qué ocurriría si tiempo y muerte se viesan como modalidades distintas de una afectación que no podemos terminar de asumir nunca del todo? Recibimos la herida del tiempo y la definitiva de la muerte, como algo en ambos casos inasumible. El tiempo y la muerte nos desbordan y determinan la inquietud fundamental de la situación humana. Tiempo y muerte definen lo humano como pasividad afectada por lo inasumible. Por eso admitimos que tiempo y muerte se relacionan con la nada, pero no solo. También nos ponen ante lo abisal de lo Infinito o de la Alteridad; nombres posibles de lo inasumible. La impenetrabilidad última de tiempo y muerte, uno al lado de otra, no suman más oscuridad sino una extraña remisión a dicho Infinito.

Notas

1. Cohelet. 9, 12.
2. Beauvoir S. Tous les hommes sont mortels. París: Gallimard; 1974.
3. Epicteto. Enquiridión. Barcelona: Anthropos; 1991. cap. XXI.
4. Montaigne M de. Ensayos completos. cit. I. 19. p. 53.
5. Salmos, 103, 15-16.
6. Jankélévitch V. Philosophie morale. París: Flammarion; 1998. p. 87.
7. Heidegger M. Ser y tiempo. Madrid: Trotta, 2003. § 50.

**La experiencia de países
de nuestro entorno**

La eutanasia en Holanda: más de cuarenta años de experiencia

Aycke O. A. Smook

Cirujano oncólogo jubilado, médico del programa SCEN

Ante todo, debo indicar lo siguiente:

«La eutanasia, si la permite la ley, ¡nunca debe ser una respuesta a una atención deficiente ni al miedo a la soledad! ¡Jamás puede imponerse a nadie la eutanasia!».

Para que se entienda mejor, les daré la definición de eutanasia que se utiliza actualmente en los Países Bajos:

La eutanasia es el acto deliberado por el cual una persona pone fin a la vida de otra por petición expresa de esta.

Lo que sin duda no es la eutanasia:

- a) Sedación terminal o paliativa.
- b) Tratamiento analgésico que pueda acortar la vida.
- c) Sedación terminal de personas incapaces de expresar su voluntad por sí mismas, por ejemplo: los neonatos con defectos graves, tal como se describe en el protocolo de Groningen, o personas en coma irreversible que no han otorgado testamento vital; estos ejemplos no deben entenderse como casos de eutanasia sino de interrupción de un tratamiento inútil.
- d) La no aplicación de un tratamiento que prolongaría la vida pero que es inefectivo desde el punto de vista médico o que el propio paciente rechaza.

Pero permítanme que, primero, me presente:

Tuve la suerte de criarme en una familia de médicos: mi madre era enfermera y mi padre, cirujano general. Desde los ocho años, supe que yo también

querría ser cirujano y siempre tenía ganas de hablar de la profesión de mi padre, por ejemplo, cuando nos sentábamos a la mesa a cenar. Así, en términos comparativos, desde el principio tuve más conocimientos sobre la vida y la muerte que otros médicos jóvenes, aunque, más adelante, cuando me enfrenté a la petición de un paciente para que lo ayudase a morir, resultó que la teoría y la práctica eran completamente distintas.

Ejercí 35 años como cirujano oncólogo en el hospital de Alkmaar y, después de jubilarme, he trabajado unos diez años como médico del programa SCEN, del cual hablaré más adelante en este artículo. Mis ideas sobre la eutanasia y su aplicación en la práctica han ido de la mano con el desarrollo de mi país.

En el caso de mis pacientes, saber que no los abandonaría una vez llegado el final les infundía tranquilidad y les permitía encontrar las fuerzas para luchar contra la enfermedad. Puedo afirmar que la promesa de que les ayudaremos a morir es el mejor cuidado paliativo que puede dispensarse e incluso alarga la vida.

La eutanasia o el suicidio asistido son la renuncia del paciente a su bien más preciado: ¡su propia vida! La verdad es que no quieren morir, pero tampoco quieren seguir sufriendo. En todos los casos tuvimos largas charlas al respecto y fueron los propios pacientes quienes me enseñaron a morir con dignidad.

En mi país, la asistencia sanitaria está disponible para todo el mundo, tanto económica como físicamente, y por supuesto también mentalmente, y garantiza sin restricciones los cuidados paliativos y la atención al enfermo terminal. En nuestro sistema sanitario, los médicos, en general, conocen bastante bien a sus pacientes, así que han tenido suficiente tiempo para hablar de la eutanasia con ellos. Cuando la curación ya no es posible, los cuidados paliativos constituyen la norma no solo en los hospitales, sino también en las residencias geriátricas, en las unidades de enfermos terminales e incluso en el hogar. En mi opinión, mientras hubiese enfermos incurables en las etapas finales y médicos compasivos, siempre se les ha ofrecido una ayuda generosa para morir.

En los años sesenta, nuestro país era un semillero de experimentación cultural y social. Holanda desempeñó un papel destacado en la revolución sexual,

la legalización del aborto, la aceptación de las drogas y el cuestionamiento de la autoridad religiosa.

En 1971, fue la primera vez que un médico –la valiente doctora Truus Postma– comunicaba a la fiscalía que había administrado medicación letal a su madre, enferma incurable, por petición expresa de esta. Llamado a testificar, el Inspector de Sanidad aseveró que, en general, en Holanda los médicos opinaban que ya no era tolerable prolongar indefinidamente la vida de los enfermos. Aun así, en 1973, en el juicio que ha pasado a conocerse como el «caso de Leeuwarden», el tribunal halló culpable de homicidio a la facultativa, pero solo la condenó a una pena simbólica, de una semana de privación de libertad, que no conlleva el ingreso en prisión. El tribunal, no obstante, formuló los primeros criterios de atención correcta:

1. que el paciente padezca una enfermedad incurable,
2. que el sufrimiento sea inaceptable para el paciente,
3. que el propio paciente solicite que se ponga fin a su vida, y
4. que el acto eutanásico lo realice un médico.

De conformidad con el artículo 293 del Código Penal holandés, la pena máxima para la persona que ponga fin a la vida de otra por petición de esta es de 12 años de prisión, en tanto que la pena máxima por ayudar al suicidio es de 3 años.

El proceso judicial mencionado permitió que se hablara abiertamente de la aceptabilidad de la eutanasia. Los avances científicos eran tan importantes que suscitaron un debate ético sobre las consecuencias del progreso desenfrenado de la medicina. En muchos casos, los logros de la medicina moderna impedían que las personas muriesen de forma natural y generaban nuevos sufrimientos indeseables, sufrimientos que en ocasiones incluso podrían denominarse torturas.

En la efervescente década de los setenta, se fundó la asociación denominada *Nederlandse Vereniging voor Vrijwillige Euthanasie* (NVVE), hoy en día la Sociedad Holandesa para el Final Voluntario de la Vida (*Nederlandse Vereniging voor een Vrijwillig Levenseinde*), constituida en 1973 como grupo de presión, con el objetivo de promover la aceptación social de la eutanasia voluntaria y su consecuencia lógica: la despenalización. En este momento, la

NVVE cuenta con más de 164.000 socios y, desde el principio, su premisa básica fue el «derecho a la autodeterminación» de todos los ciudadanos. Inmediatamente después de su fundación, surgió un debate público sobre la eutanasia y su definición precisa: qué es la eutanasia pasiva; qué es la eutanasia activa; qué es la ayuda a morir; qué son las medidas que acortan la vida; qué es el suicidio asistido y cuándo se considera que un tratamiento es inútil.

En 1998, mi querido amigo Jacques Pohier, teólogo y filósofo francés, afirmó que: *«L'euthanasie volontaire n'est pas un choix entre la vie et la mort, elle est un choix entre deux façons de mourir»* [La eutanasia voluntaria no es una elección entre la vida y la muerte, sino una elección entre dos formas de morir].

En 1972, el Sínodo General de la Iglesia Reformada Holandesa emitió un informe en el que legitimaba en ciertos supuestos la no aplicación de medidas que prolonguen la vida por motivos médicos. Ese mismo año, el informe recibió el aval de la Comisión Estatal de Ética Médica del Consejo de Sanidad de Holanda.

En 1982, se constituyó la Comisión Estatal sobre la Eutanasia para estudiar todas estas cuestiones y emitir un dictamen sobre la política nacional que se adoptaría en materia de eutanasia. A continuación, se instituyó la Comisión Remmelink y los partidos políticos comenzaron a expresar sus opiniones sobre estos temas. Como cabía esperar, en nuestra sociedad multifacética, surgieron opiniones muy dispares y contrapuestas. El debate público se centró en los aspectos de la autonomía, la beneficencia y el derecho a la vida y a la muerte digna.

En 1984, la Real Asociación Médica Holandesa (KNMG) modificó su postura sobre la eutanasia y publicó, en colaboración con el Ministerio de Justicia y el Ministerio de Salud Pública, unas directrices para su correcta aplicación.

De ser una cuestión ético-médica, poco a poco la eutanasia pasó a ser un tema jurídico-político. Los médicos estaban consternados de que en los tribunales el debate se centrara solamente en el quebrantamiento de la ley y de que, en ese ámbito, nadie se hubiese planteado seriamente la cuestión de la eutanasia.

A partir de 1984, varios políticos valientes llevaron al Parlamento diversos proyectos de ley sobre la eutanasia, pero lamentablemente no consiguieron que se aprobaran.

A petición del fiscal del distrito, Adelbert Josephus Jitta, y con el visto bueno del cuadro médico y la autorización de la gerencia de mi hospital, en 1985 empezamos a comunicar las eutanasias movidos por el interés mutuo, momento a partir del cual pudimos hablar de la eutanasia más abiertamente, en beneficio de todas las personas que intervenían en el proceso.

En 1991, Van der Maas y cols. describieron la calidad y la cantidad de las decisiones médicas de final de vida y, en 1996, Van der Wal y Van der Maas presentaron un trabajo complementario de esa investigación. Ambos estudios señalaban que algunos médicos eran reticentes a comunicar las eutanasias que habían practicado, ya que tenían miedo de que se los procesase. La segunda investigación puso de manifiesto que el número de médicos que comunicaban casos iba en aumento, ya que estaban adoptando una visión más positiva sobre la competencia jurídica.

Los detractores de la eutanasia frenaron el proceso hasta que, finalmente, asumió el poder un gobierno progresista y, en 2002, el Parlamento holandés aprobó la Ley de Eutanasia como codificación de la jurisprudencia del Tribunal Supremo. Fueron los médicos quienes, gracias a su valentía al comunicar las eutanasias, provocaron que se legislara.

En la actualidad, el facultativo puede realizar la eutanasia o suministrar al paciente las dosis necesarias de la medicación letal oral, en virtud de la Ley de Práctica Médica y la Ley de Levantamiento de Cadáveres. No obstante, la eutanasia es ilegal y continuará siendo ilegal si no la aplica un médico con arreglo a las directrices vigentes. Anteriormente, cada caso de eutanasia que se comunicaba seguía la jerarquía judicial y era, en última instancia, el ministro de Justicia quien decidía si se presentaba querrela o se sobreseía el caso. Las directrices o pautas que deben respetarse son las siguientes:

1. La solicitud de eutanasia tiene que proceder del propio paciente, debe ser fruto de la reflexión y debe ser voluntaria; debe expresarse reiteradamente y, a ser posible, por escrito (testamento vital o voluntades

anticipadas; en Holanda hay un modelo específico llamado *euthanasie verklaring*).

2. El paciente comprende bien la situación en la que se encuentra.
3. No hay posibilidad lógica de que la situación mejore.
4. Debe esclarecerse, en la medida de lo posible, el diagnóstico del cuadro clínico y el pronóstico.
5. El paciente debe encontrarse en una situación de sufrimiento físico y psíquico duradero e intratable.
6. La decisión de atender la petición del paciente la toma el médico responsable de su tratamiento junto con al menos un experto independiente.
7. La eutanasia debe llevarla a cabo el facultativo responsable del paciente con el debido fundamento médico y técnico.
8. No debe emitirse declaración de muerte natural.
9. La eutanasia debe notificarse al instructor forense encargado de investigar las muertes no atribuibles a causas naturales, el anatomopatólogo municipal.

En mi experiencia de más de 35 años, he sido testigo del cuidado que ponen los pacientes al enfrentarse a su última decisión. Es una decisión que les cuesta mucho tomar, porque saben que renuncian a su vida, su única y más preciada posesión.

- a) Mi experiencia personal ha evolucionado más o menos a la par que mi concepción del tratamiento de las personas en la etapa final de sus vidas. El motivo para ayudar a los pacientes a morir siempre ha sido el anhelo del paciente por una muerte digna.
- b) Al principio, antes de 1985, ayudaba a morir a puerta cerrada. La enfermera jefa de planta y yo realizábamos las eutanasias según las directrices que posteriormente conformarían la norma jurídica. Aunque cueste creerlo, el dolor casi nunca es el motivo de una petición de eutanasia, sino que siempre lo es la pérdida de dignidad. En muchos casos, para los pacientes la muerte deseada es una perspectiva mejor que el sufrimiento de estar vivos. Después del fallecimiento, informábamos a los familiares de la muerte súbita.
- c) Una vez que el paciente lo solicita, informo a la familia y al personal de enfermería de planta, y un enfermero se ocupa de la atención paliativa.

tiva y terminal. Esto permite que el paciente, los familiares y las amistades se despidan con afecto y que el proceso de duelo comience antes incluso de la muerte inevitable. Desde el comienzo sabíamos que una inyección de una dosis elevada de cloruro de potasio no era una forma muy humana de poner fin a la vida, y por eso ahora utilizamos pentobarbital sódico o propofol junto con un miorrelajante. La inyección de un fármaco letal constituye, sin excepción, una experiencia muy emocional para todas las personas involucradas, de forma que así puede compartirse. Para mí representa el final de un periodo muy largo y duro, pero también un alivio. Creo que el médico no debe abandonar al enfermo en el periodo final y más vulnerable de su existencia, sino que es responsable de su paciente hasta el fin y debe estar preparado para administrarle la medicación letal según el tratamiento que hayan acordado. La realización de la eutanasia ha pasado de ser un acto furtivo a un acto de dignidad para un enfermo que desea morir rodeado de su familia. Es sorprendente ver el aguante de los pacientes en la etapa final: en la mayoría de los casos, es el paciente quien consuela a los familiares, y no al revés, y el proceso de duelo puede iniciarse antes. Al final, muchos pacientes dejan la morfina para ser «el capitán en su propio barco» y tener la mente despejada en el momento de la despedida. Un ejemplo muy notable es el de una señora de 76 años que mantuvo el control absoluto hasta el final: le dedicó unas palabras a cada uno de sus hijos, a las nueras y a los nietos, e incluso consiguió reconfortar al marido; le dio las gracias a la enfermera por su ayuda y a mí por estar dispuesto a administrarle la medicación final, y falleció dignamente, con una sonrisa en el rostro y rodeada de su familia.

La Real Asociación Médica de los Países Bajos (KNMG), la primera asociación colegial que apoya la eutanasia por ley, ha fundado una organización denominada SCEN (Steun en Consultatie bij Euthanasie in Nederland) que imparte formación a los médicos para que emitan el segundo dictamen experto en los casos de eutanasia y que actúa como salvaguardia contra las negligencias, junto con los Comités de Ética regionales. En la actualidad, el Comité de Revisión supervisa los resultados de los casos comunicados de

eutanasia o suicidio asistido. En 2014, se examinaron 5.309 casos (solo el 3% de todas las defunciones), un aumento del 10%.

Lamentablemente, en las facultades de Medicina todavía falta formación para afrontar las situaciones de final de vida. Se enseña a los médicos a tratar al enfermo, pero *no* a acompañarlo hasta un final de vida digno. Por eso, en 2012, la NVVE puso en marcha la Levenseinde Kliniek («clínica de final de vida»), que hoy en día es una organización independiente, con el objetivo de ayudar a las personas a morir dignamente, según los criterios legales, cuando el médico responsable no desea ayudarlas o no se atreve.

Mi deseo es que, en última instancia, las directrices que aplicamos en el Benelux sirvan de ejemplo para todos los demás países europeos, en aras del derecho de sus ciudadanos a una muerte digna.

Bibliografía

- Battin MP. Holland and home: on the exportability of Dutch euthanasia practices. *The Right to Self-Determination*. Amsterdam; 1990.
- Delden JJM van, Pijnenborg L, Maas PJ van der. The Remmiling study: two years later. *Hasting Center Report*. 1993; 23: 24-27.
- Fennigsen R. The Report of the Dutch Governmental Committee on Euthanasia. *Issues Law Med*. 1991; 7: 339-334.
- Heide A van der, et al. Tweede evaluatie Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding. La Haya: ZonMw; 2012.
- Josephus Jitta A. Comunicación personal; 1983.
- Kimsma GK, E van Leeuwen. Comparing two euthanasia protocols: the Free University of Amsterdam Academic Hospital and the Medical Centre of Alkmaar. *Cambridge Quarterly of Health*. 1996(5); 1: 145-157.
- Levenseindekliniek [Internet]. Disponible en: www.levenseindekliniek.nl.
- Maas PJ van der, Delden JJM van, Pijnenborg L. *Euthanasia and Other Medical Decisions Concerning the End of Life*. Nueva York: Elsevier; 1992.

Maas PJ van der, et al. Euthanasia, physician-assisted suicide, and other medical practice involving the end of life in the Netherlands, 1990-1995. NEJM. 1996; 335: 1699-1705.

Nederlandse Vereniging voor een Vrijwillig Levenseinde (Sociedad Holandesa para el Final Voluntario de la Vida) o NVVE [Internet]. Disponible en: www.nvve.nl.

Pohier J. La mort opportune. París: Éditions du Seuil; 1998.

Real Asociación Médica de los Países Bajos (Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst) [Internet]. Disponible en: www.knmg.nl.

Thomasma DC, Kimsbrough-Kusher T, Kimsma GK, Ciesielski-Carlucci C, editores. Asking to Die, Inside the Dutch Debate about Euthanasia. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers; 1998.

Wal G van der, et al. Evaluation of the notification procedure for physician-assisted death in the Netherlands. NEJM. 1996; 335: 1706-1711.

La eutanasia en Bélgica*

Jacqueline Herremans

Miembro de la Comisión Federal de Control y Evaluación de la Eutanasia y presidenta de la ADMD Bélgica

El marco legal actual sobre la eutanasia en Bélgica está constituido por la Ley de la Eutanasia, de 28 de mayo de 2002; la Ley de Cuidados Paliativos, de 14 de junio de 2002; y la Ley de Derechos de los Pacientes, de 22 de agosto de 2002. No obstante, es interesante revisar cuál era la situación legal que existía antes de la modificación de la legislación en esta materia a fin de poder valorar la aportación del nuevo marco legal.

Según el Código Penal, el delito de asesinato es un homicidio premeditado e intencionado. Por lo tanto, un médico que practicara la eutanasia podía enfrentarse a un juicio ante jurado en el Tribunal Penal. Sin embargo, había un cierto grado de tolerancia judicial, lo que se traducía en pocas acciones judiciales y la ausencia de juicios. Por un lado, la decisión de llevar a cabo una acción judicial dependía de la valoración del Ministerio Fiscal. Por otro, la figura jurisprudencial del «estado de necesidad» permitía justificar y no declarar culpable a quien cometía un delito como el de la eutanasia, si se podía probar que esa persona había tenido que ponderar entre distintos valores y su objetivo era respetar un valor más importante que el delito cometido, como el de ayudar a un paciente incurable en una situación desesperada que había pedido de forma lúcida poner fin a su vida para no seguir sufriendo.

Sin embargo, existían límites a esta aceptación tácita. Por ejemplo, en enero de 2000 se formularon cargos contra dos médicos en Lieja, uno de los cuales fue detenido durante cinco días. Asimismo, había un temor general a desafiar la ley y, además, el artículo 95 del Código Ético de los médicos prohíbe la eutanasia y el suicidio asistido.

* Transcripción de la ponencia presentada el 3 de diciembre de 2015 en la jornada «Eutanasia y suicidio asistido».

¿Cuál era, pues, la práctica médica antes de la entrada en vigor de la Ley de la Eutanasia? Una comparación entre los Países Bajos (PB) y Flandes (FL) resulta útil para responder a esta pregunta.

	PB 1995	FL 1998
Negar o retirar el tratamiento	20,2%	16,4%
Aliviar el dolor y los síntomas mediante dosis de fármacos, con un efecto colateral de acortar la vida	19,1%	18,5%
Administrar, prescribir y suministrar fármacos con la intención explícita de acortar la vida del paciente:		
■ Eutanasia	2,4%	1,1%
■ Suicidio asistido por médicos	0,2%	0,1%
■ Finalización de la vida sin la petición explícita del paciente	0,7%	3,2%
	3,3%	4,4%
	42,7%	39,3%

Las conclusiones de un estudio publicado en *The Lancet* el 25 de noviembre de 2000 eran que en Bélgica la eutanasia era un hecho, pero que, debido a la prohibición legal, se practicaba en secreto por miedo a la denuncia, aunque también podía ser denegada a pacientes que la solicitaban y ser rechazada por los médicos, que preferían evitar cualquier diálogo con el paciente sobre este tema e imponer sus decisiones.

Los argumentos a favor de regular la eutanasia se basaban en el respeto a los principios de autonomía, derecho a decidir, libertad y solidaridad. Por otro lado, es importante subrayar que el papel de la ley no es imponer un principio moral por encima de otro, sino regular un marco de acción al que libremente las personas puedan acogerse, si ese es su deseo, en ejercicio de esa libertad y autonomía.

La Ley de la Eutanasia, de 28 de mayo de 2002

En 2002, Bélgica aprueba la Ley de la Eutanasia, si bien cabe realizar tres primeras observaciones sobre la misma: no es una copia de la ley holandesa,

pero sigue los mismos principios fundamentales; no se ha modificado el Código Penal (en el que se continúa castigando la eutanasia con carácter general), pero esta ley introduce la despenalización de la eutanasia, situando la petición del paciente en el centro del debate.

La despenalización de la eutanasia no equivale a su legalización sino que supone una excepción a la aplicación de la penalidad establecida de manera general, siempre que se cumplan una serie de requisitos y exigencias. Así, debe tratarse de un acto practicado por un tercero que intencionadamente pone fin a la vida de una persona a petición de esta. Las tres principales condiciones que deben darse para que pueda llevarse a cabo son: una petición realizada de forma reiterada, cuidadosa y voluntariamente por un paciente competente, sin ninguna presión externa; un sufrimiento físico o mental insoportable (hay que señalar que son conceptos de valoración subjetiva por parte del paciente dado que el dintel del sufrimiento es algo individual y variable); y una lesión o condición patológica grave e incurable causada por enfermedad o accidente, por la cual el paciente se encuentra en una condición médica sin esperanza, no necesariamente terminal (a destacar que la ley no recoge un listado concreto de afecciones o patologías). Si alguno de estos requisitos no se cumple adecuadamente, el profesional o persona que ponga fin a la vida del paciente, será castigado por el Código Penal.

Sin embargo, es importante destacar que no es eutanasia ni puede calificarse como tal, el hecho de negarse a recibir un tratamiento o retirarlo si ya se inició, ni siquiera cuando este tratamiento sea de soporte vital; tampoco sería eutanasia aliviar el dolor y los síntomas mediante dosis con un efecto potencial de acortar la vida; ni la sedación terminal para controlar síntomas refractarios, que supone rebajar al máximo el nivel de conciencia del paciente, para que su fallecimiento sea con el máximo confort y sin percepción de sufrimiento.

Los principios de libertad y de autonomía que rigen la práctica de la eutanasia se reflejan en los siguientes preceptos:

- La eutanasia debe responder a una petición voluntaria del paciente, sin ninguna presión externa.

- Nadie está obligado a participar en ella. Ningún médico tiene el deber de practicar la eutanasia, pero el médico que se niegue a hacerlo debe trasladar el historial médico a un colega designado por el paciente.
- Se considera un abuso la deriva hacia un rechazo institucional y el «secuestro» de la noción de la objeción de conciencia, de forma que pueda hacerse una obstrucción a la práctica de la eutanasia por razón de un ideario concreto confesional. Cada profesional, de modo individual, puede libremente manifestarse objetor de conciencia pero debe explicitarlo y no se presume la objeción por el mero hecho de pertenecer a una determinada institución sanitaria de carácter confesional, ni puede obligarse a un colectivo de profesionales a dejar de aplicar la eutanasia por una imposición, que vulneraría sus derechos y los del paciente.

El procedimiento a seguir

Para evitar una acción judicial y la posible aplicación del Código Penal, además de verificar que se cumplen las principales condiciones, el médico debe informar al paciente sobre su estado de salud y su esperanza de vida, y sobre las posibles medidas terapéuticas y los recursos de cuidados paliativos que tiene a su disposición. Además, debe consultar a un segundo médico a fin de verificar que, de igual modo, considera cumplidos los requisitos establecidos legalmente. Así, el médico debe seguir los siguientes pasos:

- Si el paciente así lo solicita, el médico debe hablar del tema con las personas cercanas al paciente y designadas por él o ella.
- Si no se prevé la muerte en un breve periodo de tiempo (es decir, no se trata de un caso terminal), debe consultar a un segundo médico, ya sea un psiquiatra o un especialista en la patología del paciente, y respetar un plazo de un mes, como mínimo, entre la petición del paciente y la práctica de la eutanasia.
- Debe declarar la acción eutanásica a la Comisión Federal de Control y Evaluación de la Eutanasia, quienes supervisarán la corrección de todo el proceso a fin de descartar el inicio de acciones legales.

En cuanto a la validez de la petición de eutanasia en un testamento vital o de voluntades anticipadas, cabe señalar el reconocimiento del valor legal de esta declaración y el papel que desempeñan en el cumplimiento de los deseos del paciente una o varias personas de confianza que aparezcan designadas. Los límites a la eficacia y validez de este documento son, por un lado, que haya sido otorgado encontrándose la persona ya en un estado de competencia dudosa o comprometida, y el hecho de que el documento tenga una antigüedad superior a 5 años.

Es importante destacar que en Bélgica, la petición de eutanasia en este tipo de declaración o documento, estaría en sintonía con la posible petición en tiempo presente. Cabe decir que atender a una demanda de eutanasia recogida en testamento vital se dará únicamente cuando la persona ya no pueda expresarse por sí misma y así lo hubiese solicitado. Si el paciente conserva plena competencia, la voluntad presente será siempre preferente a la anticipada, si existiese, incluyendo una demanda de eutanasia. Si en tiempo presente no se solicita, el hecho de que esté recogida en testamento vital no debe vincular a los médicos. Así lo vemos en la siguiente tabla comparativa.

Eutanasia	Eutanasia solicitada en tiempo presente
Persona(s) de confianza	Paciente competente
Validez: 5 años	Sin límites
Situación de no competencia	Posibilidad de expresarse
Dos testimonios	Sin formalismos, pero por escrito y firmado
Posibilidad de registro por parte del Ayuntamiento. Banco de datos para médicos	Sin necesidad de registro legal específico

En el año 2014, Bélgica también reguló la eutanasia para menores, ampliándose así el abanico de opciones en las peticiones. Así, para poder atender a

una demanda de eutanasia de un menor de edad, la ley de 2014 establece las siguientes condiciones:

- No existe un límite de edad concreto pero sí la noción de capacidad de discernimiento.
- Solo es aplicable a menores con pronóstico de muerte a corto plazo.
- Solo es aplicable a los sufrimientos físicos.
- Solo puede llevarse a cabo con el consentimiento de los padres.
- Se excluye la posibilidad de una declaración de voluntades anticipadas.
- La capacidad de discernimiento debe ser evaluada por un psiquiatra pediátrico o un psicólogo.

Queda claro que no podrá aplicarse la eutanasia a menores que no cumplan el requisito de madurez intelectual y cognitiva mínima, y el resto de requerimientos establecidos en la norma, aunque paradójicamente no puedan otorgar un documento de voluntades anticipadas.

Mecanismos de control de la práctica de la eutanasia

A fin de evitar abusos y malas prácticas en el contexto de la eutanasia, Bélgica, al igual que Holanda, establece mecanismos de control caso a caso, *ex post* a la práctica realizada.

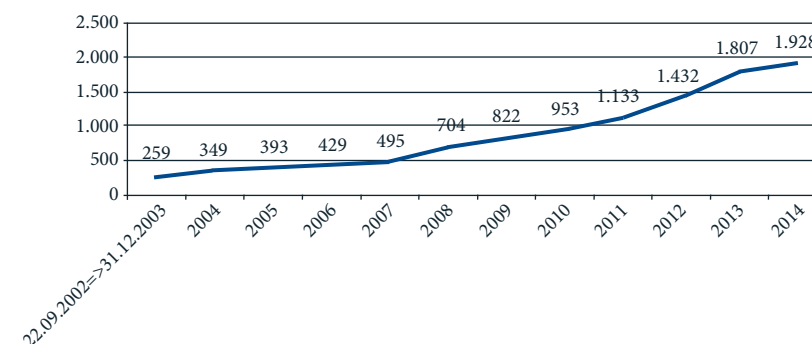
Así, el médico debe declarar el acto de eutanasia en el plazo máximo de cuatro días después de su práctica a la Comisión Federal de Control y Evaluación de la Eutanasia. La Comisión está compuesta por 8 médicos (4 de ellos, como mínimo, profesores o académicos en una universidad belga), 4 juristas y 4 personas de campos relacionados con pacientes que sufren una enfermedad incurable, más 16 miembros suplentes. La composición de la Comisión debe respetar la paridad lingüística y de género, y debe ser plural. El proceso de nombramiento de los miembros se realiza a través de una convocatoria de solicitudes que se publica en el Diario Oficial (*Moniteur Belge*). Estos son elegidos por la Cámara de Representantes, después del

Senado, y son nombrados por un Real Decreto deliberado en el Consejo de Ministros.

Las funciones de la Comisión son:

- Estudiar la declaración realizada por el médico tras un acto de eutanasia.
- Adoptar una decisión en el plazo máximo de dos meses, por mayoría de 2/3 de sus miembros, sobre la corrección y cumplimiento de todos los requisitos legalmente establecidos.
- Enviar el expediente al fiscal si no se han cumplido las condiciones previstas.
- Realizar cada dos años un informe estadístico y de evaluación.
- Sugerir recomendaciones, sin proponer cambios fundamentales de la ley sino mejoras en su aplicación.

Número de declaraciones recibidas desde el 22 de septiembre de 2002



Algunos datos: cifras del año 2014

Según datos de la Comisión Federal de Control y Evaluación sobre la Eutanasia, en 2014 se declararon un total de 1.928 eutanasias, de las cuales 405 se declararon en francés y 1.523 en holandés. Un total de 977 eutanasias corres-

pondían a hombres (51%) y 951 a mujeres; 1.890 obedecían a peticiones conscientes y 38 a declaraciones de voluntades anticipadas (2%).

En cuanto al lugar del fallecimiento, en 835 casos se produjo en casa (43%); en 817 (42%), en hospitales; en 241 casos (13%), en residencias geriátricas o casas de reposo; y en 35 (2%), en otros lugares. En 1.637 casos se preveía una muerte inminente (85%) y en 291 casos, no.

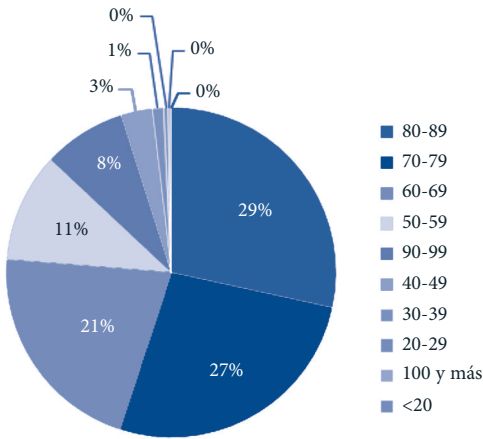
El diagnóstico de los pacientes era el siguiente:

Cáncer	1.309
Enfermedades neuromusculares	176
Patologías múltiples	149
Enfermedades cardiovasculares	92
Enfermedades pulmonares no cancerosas	84
Enfermedades neuropsiquiátricas	64
Otras	36
Enfermedades renales	9
Enfermedades digestivas no cancerosas	9

El diagnóstico en los casos de muerte no inminente era el siguiente:

Enfermedades neuromusculares	89
Patologías múltiples	74
Enfermedades neuropsiquiátricas	60
Otras	24
Enfermedades cardiovasculares	20
Cáncer	16
Enfermedades pulmonares no cancerosas	5
Enfermedades digestivas no cancerosas	3
Enfermedades renales	–

Respecto a la edad de los pacientes, 548 tenían entre 80 y 89 años; 514, entre 70 y 79 años; 408, entre 60 y 69 años; 207, entre 50 y 59 años; 156, entre 90 y 99 años; 59, entre 40 y 49 años; 22, entre 30 y 39 años; 8, entre 20 y 29 años; y 6, más de 100 años.



En el año 2009, menos del 1% de los pacientes eran menores de 20 años; un 6% tenían entre 20 y 39 años; un 28%, entre 40 y 59 años; un 49%, entre 60 y 79 años; y un 17%, 80 o más años.

En cuanto a la técnica y los productos utilizados para practicar la eutanasia, en el 98% de los casos se utilizó tiopental o propofol, seguido por un curare IV, previo tratamiento con relajante muscular para el máximo confort del paciente. Además, los médicos pueden añadir comentarios en las declaraciones, según contexto o circunstancias del caso, si consideran que pueden ser útiles a la Comisión Federal de Evaluación. A continuación se ofrecen algunos ejemplos:

- Agradecimiento del paciente y su familia.
- El paciente murió en paz con una sonrisa en el rostro.
- Era la primera vez: una gran emoción.
- Agradecimiento al legislador, pues la ley nos permite hablar con nuestros pacientes sobre el tema más difícil: cómo morir.

Finalmente, cabe destacar que la mayor parte de las decisiones de la Comisión han consistido en la simple aprobación de la declaración, en concreto en 1.446 casos, mientras que en 389 casos se ha solicitado una clarificación y en 93 casos se ha realizado una observación. No obstante, no se ha derivado ningún caso a la Fiscalía, por lo que no ha sido procesado ni condenado ningún profesional por la práctica de la eutanasia ilegal o incumpliendo requisitos.

El modelo suizo*

**Jérôme Sobel, presidente de EXIT A.D.M.D.
Suisse romande**

El artículo 115 del Código Penal suizo dispone que: «toda persona que, impulsada por un móvil egoísta, incite a una persona al suicidio o la ayude a cometerlo, si el suicidio ha sido consumado o intentado, será castigada con una pena privativa de libertad no superior a cinco años». Así pues, si no existe un móvil egoísta, el suicidio asistido es legal y, por consiguiente, no punible, según concluyó un grupo federal de expertos. Dado que el suicidio no es un acto punible en el Código Penal, ¿por qué debería ser objeto de sanción el suicidio asistido sin móvil egoísta? Este razonamiento jurídico llevó a la no modificación del artículo 115 por parte de este grupo de expertos.

Por otro lado, en una sentencia del 3 de noviembre de 2006, el Tribunal Federal estableció el carácter obligatorio de una receta médica para obtener la pócima letal. Asimismo, el Tribunal Federal confirmó que todo ser humano capaz de discernimiento –incluso si sufre problemas psíquicos– tiene el derecho, garantizado por la Constitución y el Convenio Europeo de Derechos Humanos (CEDH), de decidir la forma y el momento de su propia muerte. Este derecho de decisión se corresponde con el derecho a la autodeterminación en el sentido expresado en el artículo 8 (punto 1) del CEDH, siempre y cuando la persona en cuestión se encuentre en una situación en la que pueda, libremente, tomar una decisión y obrar de acuerdo con tal decisión.

Sin embargo, el Tribunal Federal subraya que no existe un derecho al acompañamiento para la persona que desea morir. Además, señala que el suicidio asistido para una persona con problemas psíquicos es delicado y que la evaluación de este tipo de casos exige necesariamente un informe detallado de un médico psiquiatra.

* Transcripción de la ponencia presentada el 3 de diciembre de 2015 en la jornada «Eutanasia y suicidio asistido».

EXIT A.D.M.D. Suisse romande (Asociación por el Derecho a Morir Dignamente) exige las siguientes condiciones para solicitar un suicidio asistido:

- ser miembro de la Asociación EXIT A.D.M.D. Suisse romande;
- ser residente en Suiza;
- tener capacidad de discernimiento;
- presentar una petición escrita o documento notarial con todo el historial médico;
- sufrir una enfermedad incurable, una discapacidad severa o un dolor insoportable, o bien
- sufrir múltiples patologías invalidantes vinculadas a la vejez.

El artículo 16 del Código Civil suizo define la valoración de la capacidad de discernimiento en los siguientes términos: «Toda persona que no carece de la capacidad de actuar racionalmente por razón de su temprana edad, o debido a enfermedad mental, incapacidad mental, embriaguez u otras circunstancias similares, es capaz de tomar una decisión en el sentido de esta ley».

Por su parte, la Academia Suiza de Ciencias Médicas define la capacidad de discernimiento de acuerdo con los siguientes criterios:

- La capacidad de comprender la información facilitada sobre la decisión a tomar.
- La capacidad de evaluar correctamente la situación y las consecuencias de opciones alternativas.
- La capacidad de evaluar racionalmente la información recibida en el contexto de un sistema de valores coherente.
- La capacidad de expresar una elección personal.

El cuestionario de EXIT (adaptado de Silberfeld y Fazel) para evaluar la capacidad de discernimiento ante una petición de suicidio asistido consta de las siguientes preguntas:

1. ¿Puede resumir su situación?
2. ¿Qué tratamiento desearía recibir usted en dicha situación?
3. ¿Puede mencionar otra posible opción para usted (por ejemplo, cuidados paliativos, cambio de centro médico, etc.)?

4. ¿Desde cuándo se ha planteado el suicidio asistido y cuáles son las razones de su elección?
5. ¿Tiene creencias religiosas o conceptos filosóficos que guíen su elección?
6. ¿Qué significa la muerte para usted?
7. ¿Ha hablado de su elección con sus familiares y amigos o con un sacerdote?
8. ¿Qué significará su decisión para usted y su familia?
9. ¿Está usted en paz consigo mismo y con sus familiares y amigos?
10. ¿Desea reflexionar sobre su petición de suicidio asistido o quiere confirmarla?

Este cuestionario se basa en el trabajo de Silberfeld sobre la capacidad del paciente para realizar instrucciones previas. El método de evaluación de esta competencia ha sido validado por Fazel *et al.*¹ y se utiliza para distinguir entre los pacientes con un déficit cognitivo moderado que son capaces de realizar instrucciones previas y aquellos con demencia que carecen de dicha capacidad. El cuestionario ha mostrado una fuerte correlación de los resultados obtenidos por distintos examinadores, quedando probado que una puntuación de 6 o más indica la capacidad de realizar instrucciones previas y confirma la capacidad de discernimiento.

Creemos que este cuestionario es un instrumento adecuado para valorar la capacidad de los pacientes para comprender su situación, su capacidad para describirla racionalmente a los demás y su conciencia sobre las consecuencias que tiene su petición para ellos mismos y para sus familiares y amigos.

Este cuestionario se utiliza para valorar la voluntad de los pacientes, para entender sus principios filosóficos, espirituales o religiosos y para comprobar su serenidad ante la muerte. También se puede usar para confirmar la persistencia de su elección en el tiempo y su capacidad de enfrentarse a las presiones externas que puedan recibir. Un resultado positivo de la valoración de la capacidad de discernimiento a través del cuestionario sirve para que los pacientes puedan afirmar su elección ante cualquier posible obstrucción arbitraria por parte de un cuidador que se oponga por principio a una petición de suicidio asistido.

Las personas que solicitan el suicidio asistido suelen padecer algunos de los siguientes sufrimientos físicos: pérdida de fuerza y fatiga, dificultades respiratorias y tos, náuseas y vómitos, sed y hambre, incontinencia urinaria y cistitis, diarrea o estreñimiento, úlceras por decúbito, pruritos y dolores. Además, también padecen sufrimientos psicológicos, como el aumento de la dependencia, la pérdida de dignidad, la pérdida de identidad, el deshonor y la humillación, el miedo a la agonía, el miedo a ser mantenido con vida artificialmente, la soledad y la tristeza.

A continuación, ofrecemos un ejemplo de intervención de EXIT en el entorno hospitalario, presentando los hechos de forma cronológica. Se trata del caso del señor C. R., nacido en 1918.

- 2001. Resección quirúrgica de un carcinoma de próstata. Radioterapia cervical por metástasis en los huesos.
- Agosto de 2001. Se hace miembro de la Asociación EXIT A.D.M.D. Suisse romande.
- 4 de enero de 2004. Caída en casa y hospitalización en el Hospital Universitario de Vaud (CHUV), en Lausana, debido a una tetraplejia.
- 6 de enero de 2004. Resonancia magnética de la columna cervical: múltiples metástasis óseas de la columna cervical con un importante manguito tumoral perivertebral que envuelve las arterias vertebrales y se infiltra en los agujeros de conjunción de las vértebras C3-C4 y C4-C5, lo que causa un conflicto radicular con las raíces C4 y C5. Infiltrado tumoral peridural que envuelve la médula espinal en relación con la vértebra C4.
- 16 de enero de 2004. Certificado médico efectuado por el jefe médico del Servicio de Neurocirugía, que estima que el déficit neurológico que sufre el señor C. tendrá graves efectos secundarios que le impedirán recuperar su autonomía; es decir, no podrá usar las manos para actividades cotidianas y no podrá caminar. La diagnosis y el pronóstico del paciente se comentan en presencia de su esposa. Ante esta situación, se acuerda con el paciente no establecer un nuevo tratamiento para el tumor prostático.
- 19 de enero de 2004. Declaración solemne por parte del notario del paciente, ante dos testimonios, en el CHUV. El paciente, consciente de

su actual estado de salud, del carácter irreversible de su enfermedad y de su total y definitiva dependencia física, declara solemnemente que quiere ser asistido durante su suicidio y autoriza a la Asociación EXIT (Asociación por el Derecho a Morir Dignamente) a actuar en este sentido. El compareciente declara ser plenamente consciente de las consecuencias de su decisión y así lo confirma a los testimonios y al notario.

- 21 de enero de 2004. Primera visita al CHUV y reunión con el paciente, su esposa y el jefe del Servicio de Neurocirugía. El señor C. desea un suicidio asistido y fija su fecha para el 31 de enero de 2004.
- 29 de enero de 2004. Segunda visita al CHUV.
- 30 de enero de 2004. Tercera visita al CHUV. El paciente está calmado, lúcido y seguro de su decisión de abandonar el hospital a la mañana siguiente y poder regresar a casa para el suicidio asistido.
- 31 de enero de 2004. Regreso a casa en ambulancia con la ayuda de cuatro bomberos para transportar al paciente a su habitación, de difícil acceso. Suicidio asistido al paciente, que toma la poción mortal con una paja. Comunicación del fallecimiento a la justicia y procedimiento de investigación concluido con la desestimación del caso.

Las múltiples patologías invalidantes vinculadas a la vejez dan lugar a una dependencia cada vez mayor. La Ley Federal del Seguro de Invalidez establece como criterios de invalidez y dependencia la incapacidad permanente para realizar al menos dos actividades cotidianas sin ayuda (vestirse y desvestirse, levantarse, sentarse y acostarse, comer, asearse, ir al lavabo, desplazarse) y una sordera y/o ceguera progresivas.

Se pueden ilustrar los problemas específicos de la cuarta edad a través de un caso representativo. Se trata del caso de una mujer de 96 años, miembro de EXIT durante 10 años, viuda durante 35 años y sin hijos. Tiene una inflamación de esófago en fase 4, una enfermedad diverticular crónica, discapacidad auditiva y problemas para caminar. Vive en una residencia geriátrica desde hace 15 años. Durante un año, se plantea poner fin a su vida. La evaluación psiquiátrica en Belle Idée concluye que carece de sintomatología depresiva y que posee una evidente capacidad de discernimiento. Los motivos de su decisión son la pérdida de autonomía y de dignidad, una calidad de vida no satisfactoria y el «rechazo a ir hacia una degeneración insoportable».

Según datos del 31 de diciembre de 2014, EXIT A.D.M.D. Suisse romande cuenta con 20.507 miembros. De ellos, el 9% (1.843) tienen entre 18 y 50 años; el 59,05% (12.110) tienen entre 51 y 75 años, y el 31,95% (6.554) son mayores de 75 años. El porcentaje de mujeres es bastante superior al de hombres, con un 67,79% de mujeres (13.902) frente a un 32,21% de hombres (6.605).

En el año 2014, se recibieron un total de 278 peticiones para el suicidio asistido, de las cuales 269 fueron aceptadas, 6 estuvieron pendientes de estudio y 3 se denegaron o no tuvieron seguimiento. De las peticiones aceptadas, 113 correspondían al cantón de Vaud, 81 a Ginebra, 34 a Neuchâtel, 11 a Friburgo, 19 a Valais, 7 a Berna y 4 a Jura.

Entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2014, se efectuaron un total de 175 suicidios asistidos, de los cuales 156 se llevaron a cabo en el hogar, 16 en una residencia geriátrica y 3 en un hospital. En cuanto a su distribución por cantones, 84 tuvieron lugar en Vaud, 40 en Ginebra, 21 en Neuchâtel, 13 en Valais, 7 en Berna, 6 en Friburgo y 4 en Jura.

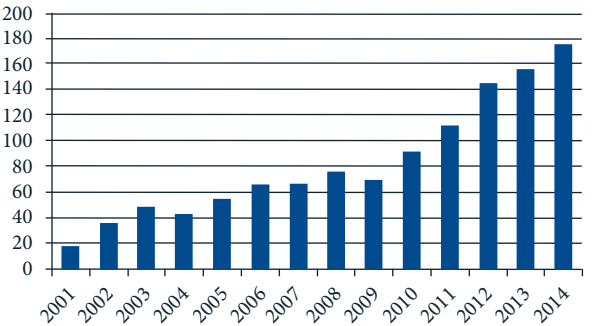
De esos 175 suicidios asistidos, el 54,85% (96) correspondían a mujeres y el 45,15% (79) a hombres. La media de edad de las mujeres era de 79 años y la de los hombres de 73 años. La mujer más joven tenía 47 años y la mayor 98, mientras que el hombre más joven tenía 31 años y el mayor 95.

La siguiente tabla muestra las razones aducidas para solicitar un suicidio asistido en el año 2014.

Patologías	Número
Cáncer	71
Múltiples patologías invalidantes	48
Patologías neurológicas	26
Patologías vasculares	12
Patologías respiratorias	11
Patologías psiquiátricas	3
Patologías renales	2
Patologías oftalmológicas	2
Total	175

La tabla y el gráfico siguientes muestran la evolución del número de suicidios asistidos entre los años 2001 y 2014.

2001	17
2002	35
2003	48
2004	42
2005	54
2006	65
2007	66
2008	75
2009	69
2010	91
2011	111
2012	144
2013	155
2014	175



Según la Academia Suiza de Ciencias Médicas (ASSM), las tareas, oportunidades y límites en el cuidado de los pacientes al final de la vida presentan una doble vertiente. Por un lado, el suicidio asistido no forma parte del tratamiento médico, puesto que el médico está obligado a emplear sus competencias para cuidar, aliviar o apoyar al paciente. Por otro lado, se debe tener en cuenta la voluntad del paciente, lo que puede significar que la decisión moral y personal del médico de asistir a un paciente moribundo en el suicidio debe ser respetada en determinados casos.

El informe *Soins palliatifs, prévention du suicide et assistance organisée au suicide*, del Consejo Federal de la Confederación Helvética (junio de 2011), llega a las siguientes conclusiones con respecto a los cuidados paliativos, la prevención del suicidio y la asistencia organizada al suicidio:

- Modificar el derecho penal no es la respuesta adecuada a la necesidad de la población suiza de contar con un reforzamiento del derecho a la autodeterminación. Tras haber examinado de nuevo la situación, el Consejo Federal está convencido de que la normativa actual es suficiente para combatir los abusos que se puedan cometer en el contexto del suicidio asistido. Este marco normativo (el Código Penal, la Ley de Productos Terapéuticos, La Ley de Estupefacientes y los Códigos Deontológicos) también posee la ventaja de ser flexible y estar orientado a la práctica; constituye un buen equilibrio entre el deber de protección del Estado y el respeto a la libertad personal de los individuos. El Consejo Federal, pues, considera necesario renunciar a modificar la legislación penal federal para regular el suicidio asistido, ya sea a través de organizaciones o personas privadas.
- Es necesario adoptar medidas sobre la prevención del suicidio y los cuidados paliativos. Dado que la autodeterminación desempeña un papel fundamental en el suicidio asistido, cualquier medida que se adopte debe orientarse a reforzar el derecho a la autodeterminación, sobre todo en situaciones vinculadas a enfermedades al final de la vida. En concreto, eso significa que la población suiza debe conocer mejor las alternativas al suicidio asistido y debe poder tomar sus decisiones libremente, es decir, estando lo menos influenciada posible por el sufrimiento físico, psicológico y social.
- En Suiza no existe un consenso claro sobre si el suicidio asistido debe ser regulado, y en qué medida a nivel federal y más allá de las regulaciones ya existentes. Esto representa un gran obstáculo para adoptar una ley federal que pueda satisfacer a la mayoría de la población, sobre todo porque se trata de una cuestión sumamente personal.

Por último, quisiera destacar que no deberíamos tener miedo a hablar sobre la muerte al final de la vida con un paciente que desea abordar el tema. La muerte es un acontecimiento que merece ser preparado para poder ser tratado en un clima de serenidad.

Anexo. Directrices de aplicación de la Ley de Salud Pública con respecto a la asistencia al suicidio en centros de salud de interés público

1. Base jurídica

Artículo 27d de la Ley de Salud Pública de 29 de mayo de 1985.

2. Forma de solicitud

El residente/paciente debe solicitar el suicidio asistido mediante una petición escrita dirigida a la atención de la dirección de la institución o la dirección de atención médica, que debe informar después a la dirección de la institución. La dirección de la institución debe mandar la petición al médico responsable de la atención hospitalaria o el centro sociomédico (en adelante, el médico responsable) de forma inmediata.

Cuando la petición a la institución es realizada por una tercera parte que desea ayudar al paciente/residente a suicidarse, la dirección de la institución o la dirección de atención médica deben pedir al paciente/residente que comunique su decisión por escrito. La dirección de la institución puede proponer una reunión entre el médico responsable, la tercera parte y el paciente/residente.

3. Examen de la petición por el médico responsable

El médico responsable, en consulta con el equipo de atención médica, con el médico del paciente, con el representante del sector sanitario y, si está de acuerdo el paciente/residente, con los familiares, deberá revisar si se cumplen los siguientes requisitos legales:

- a) El paciente/residente:
 - es capaz de discernimiento en relación con su decisión de suicidarse;
 - persiste en su voluntad de suicidarse;

- sufre una enfermedad o los efectos secundarios de un accidente que es/son graves e incurables.
- b) Se ha hablado de las alternativas existentes, especialmente las relativas a los cuidados paliativos, con el paciente/residente.

El médico responsable puede pedir la opinión de otro médico autorizado a ejercer la medicina o a un órgano de la institución, de acuerdo con el artículo 27d (2) de la Ley de Salud Pública. Si el médico responsable sospecha que la petición de suicidio asistido puede estar influenciada por un trastorno mental o es consecuencia de la presión externa, debe consultar a un psiquiatra.

4. Decisión del médico

El médico responsable tiene el deber de informar al paciente de su decisión en el plazo máximo de cuatro semanas, en función de la complejidad del caso. Si el paciente/residente tiene un representante en el sector sanitario, este también debe ser informado de la decisión médica. El médico también debe informar a la dirección médica y/o administrativa de la institución.

El médico responsable debe motivar su decisión, debiendo especificar en concreto:

- si se cumplen los requisitos;
- si es posible que el paciente regrese a su casa, en el caso de un paciente hospitalizado;
- la posibilidad del paciente/residente de apelar a la oficina de mediación o la Comisión de Reclamaciones en caso de desacuerdo.

En caso de incumplimiento del plazo de cuatro semanas, el responsable médico del cantón puede ser preguntado al respecto.

5. Información al personal

El médico responsable, de acuerdo con el director de operaciones, debe informar al personal afectado por la realización de un suicidio asistido con antelación.

6. Información al responsable médico del cantón

El director de operaciones, en colaboración con el médico responsable, debe informar de forma anónima al responsable médico del cantón sobre el suicidio asistido enviando, por fax o correo electrónico, los detalles sobre la edad, el sexo y la patología que ha justificado el suicidio asistido. Esta información debe enviarse en las 48 horas siguientes al suicidio asistido.

7. Comisión de seguimiento de la aplicación de la ley y de estas directrices

El Departamento de Salud y Acción Social (en adelante, el Departamento) debe constituir una comisión encargada de supervisar la aplicación del artículo 27d de la Ley de Salud Pública, de 29 de mayo de 1985, y de estas directrices. La comisión no es un órgano para valorar peticiones individuales de suicidio asistido, pero puede hacer recomendaciones al jefe del Departamento.

La comisión debe contar con la presencia de las siguientes instituciones:

- 1 representante del Servicio de Salud Pública: el responsable médico del cantón (presidente);
- 2 representantes de asociaciones de suicidio asistido;
- 2 representantes de centros sociosanitarios;
- 1 representante del Hospital Universitario de Vaud (CHUV);
- 1 representante de la Federación de Hospitales de Vaud;
- 1 representante del Grupo de Médicos de Centros Sociomédicos de la Sociedad de Medicina de Vaud (GMEMS);
- 1 representante de las clínicas privadas registradas en la lista LAMal del cantón de Vaud;
- 1 representante de la asociación de pacientes.

Las instituciones deben proponer sus representantes al Departamento, que es el que debe tomar una decisión. Los miembros de la comisión suelen ser nombrados para una legislatura, salvo que el jefe del Departamento decida lo contrario.

8. Sanciones

El incumplimiento de estas directrices, en especial del plazo de cuatro semanas, puede dar lugar a sanciones basadas en la Ley de Salud Pública.

9. Entrada en vigor

Estas directrices entrarán en vigor el 1 de enero de 2013.

(Este documento está firmado por el jefe del Departamento de Salud y Acción Social, Pierre-Yves Maillard.)

Disposiciones del Código Penal suizo

El artículo 114 del Código Penal, que aborda el homicidio a petición de la víctima, estipula lo siguiente:

«Toda persona que, impulsada por un motivo honorable, en particular la compasión, cause la muerte a una persona que lo haya solicitado de forma seria y apremiante, será castigada con una pena de prisión».

El artículo 17 dispone lo siguiente:

«Toda persona que realice un acto que conlleve una sanción penal para preservar de un daño inmediato y no evitable de otro modo a un bien jurídico propio o de un tercero, actúa lícitamente si así salvaguarda intereses de valor superior».

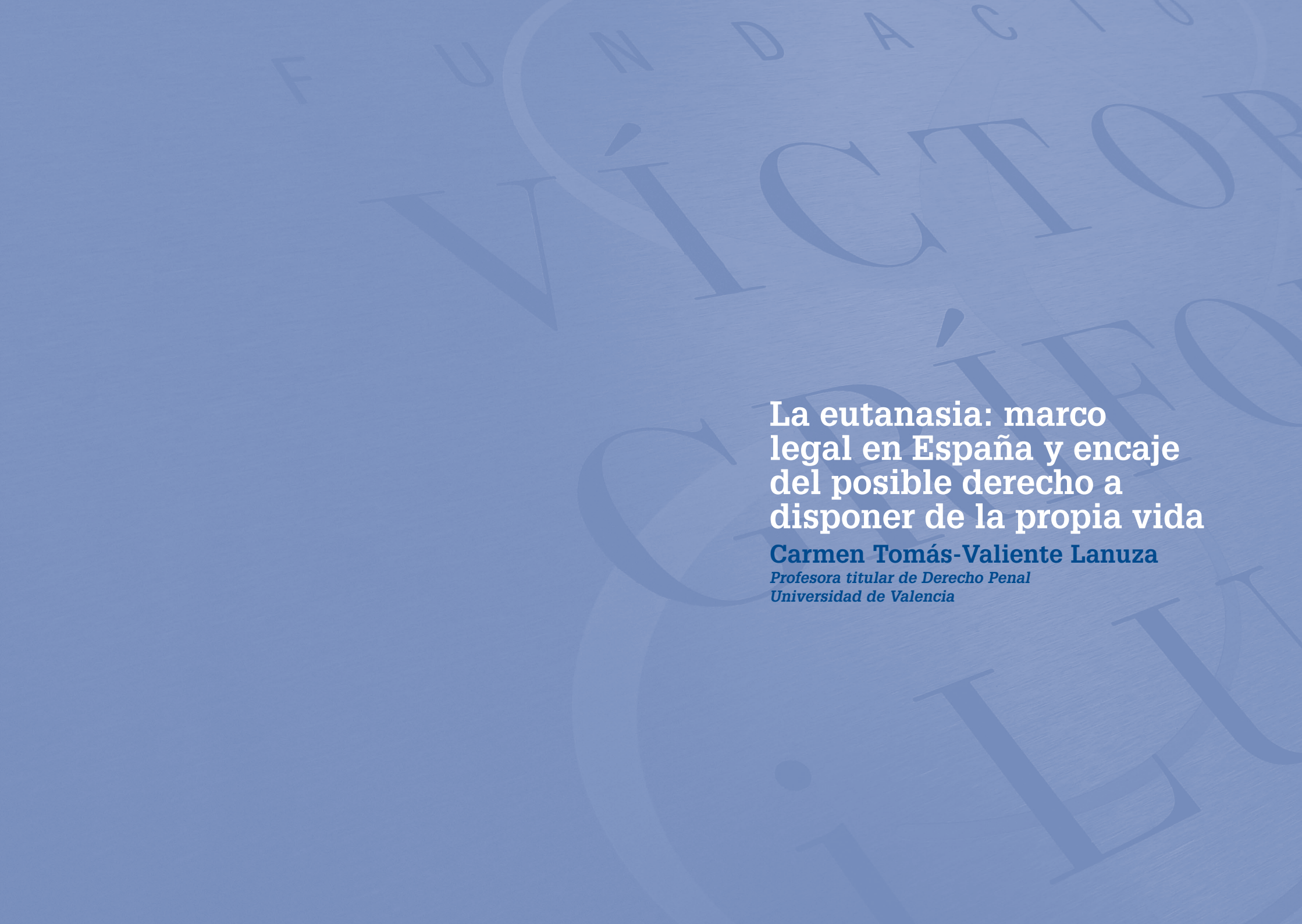
El artículo 18 establece lo siguiente:

«1) Toda persona que realice un acto que conlleve una sanción penal para preservarse o para preservar a un tercero de un daño inminente y no evitable de otro modo que amenaza la vida, la integridad corporal, la libertad, el honor, la propiedad u otros bienes esenciales, recibirá una pena reducida si fuera razonable exigirle el sacrificio del bien amenazado.

»2) Si no fuera razonable exigir de la persona en cuestión el sacrificio del bien amenazado, esa persona no comete un delito».

Nota

1. Fazel S, Hope T, Jacoby R. Assessment of competence to complete advance directives: validation of a patient centred approach. BMJ. 1999; 318: 493-497. Silberfeld M, Nash C, Singer PA. Capacity to complete an advance directive. JAGS. 1993; 41: 1141-1143.



La eutanasia: marco legal en España y encaje del posible derecho a disponer de la propia vida

Carmen Tomás-Valiente Lanuza

*Profesora titular de Derecho Penal
Universidad de Valencia*

Una parte importante de la sociedad española, según el resultado arrojado de manera constante por diversos sondeos de opinión, se muestra partidaria de que nuestro legislador aborde la despenalización del suicidio asistido y la eutanasia. En estas páginas pretendo presentar brevemente cuál es la situación normativa de la que partimos (la regulación contenida en el Código Penal de 1995), qué estrategias básicas son posibles para avanzar en el reconocimiento legal de esta parcela de la autonomía individual (el litigio constitucional o la despenalización por el legislador) y cuáles son las cuestiones fundamentales sobre las que la normativa despenalizadora debería pronunciarse a la hora de delimitar las condiciones del enfermo exigidas para la licitud de la ayuda a morir.

1. La regulación vigente en el ordenamiento jurídico español

La regulación del problema en el Código Penal anterior (el llamado Texto Refundido de 1973) evidenciaba una absoluta desatención a la voluntad de morir manifestada por una persona enferma (paralela, por cierto, a la que regía también en el ámbito de los rechazos de tratamientos médicos), una desatención cuya inadecuación comienza a ser puesta de relieve con el inicio del debate sobre una posible regulación de la eutanasia a finales de la década de 1980: un momento en que empiezan a presentarse en la palestra pública diversas propuestas despenalizadoras. En este contexto, como es sabido, la regulación del problema en el Código Penal de 1995 supuso una opción intermedia entre la despenalización y la plena sanción, por cuanto las conductas de cooperación necesaria al suicidio o de producción de la muerte solicitada expresamente por el enfermo (esta última, eutanasia en sentido estricto) se mantuvieron como punibles *ex art.* 143.4 –y así continúan siéndolo a día de hoy–, por más que con una pena atenuada respecto de la que recibirían de producirse estas mismas conductas en un contexto no eutanásico. Lamentablemente, los debates habidos durante la tramitación parlamentaria del Código carecieron de la altura necesaria, pero, aunque escasos, sí permitieron vislumbrar que dicha opción político-criminal se sustentó

sobre todo en el clásico argumento consecuencialista de que –aun pudiendo considerarse justificada *per se* en determinados supuestos– la despenalización comportaría un riesgo de prácticas abusivas que no deseaba asumirse (esto es, la noción de la «pendiente resbaladiza» a la que con tanta frecuencia recurren los oponentes de una regulación despenalizadora).

Como puntos más relevantes de esta regulación jurídico-penal de las conductas eutanásicas en el citado art. 143.4 del Código Penal de 1995 (el cual, dicho sea de paso, ha sido aplicado en escasísimas ocasiones por los tribunales de justicia durante los casi 20 años de vigencia del texto punitivo)¹ pueden destacarse muy brevemente las siguientes ideas:

1. La pena de la conducta de inducción (crear el deseo de morir en el enfermo) no se ve atenuada en ningún caso (esto es, se considera tan disvalioso hacer nacer la voluntad de morir en una persona sana como en una seriamente enferma).
2. En el ámbito del suicidio, se sanciona la colaboración necesaria a este, pero no la innecesaria (aquella sin la que el enfermo hubiera podido suicidarse igualmente), lo que supone la creación de un cierto ámbito de licitud, cuya delimitación del punible resulta, sin embargo, problemática (pensemos, por ejemplo, en la conducta de proporcionar sustancias con las que el enfermo se quita la vida): todo dependerá del parámetro (más o menos abstracto o concreto) que se utilice para dirimir la cuestión. Así, si se parte de un punto de vista abstracto se tenderá a catalogar las conductas de colaboración como no imprescindibles y, por lo tanto, lícitas (pues en la inmensa mayoría de los casos el sujeto hubiera podido disponer de *algún otro modo* de quitarse la vida); en cambio, si se parte de una perspectiva que atienda al caso concreto, se tenderá a afirmar el carácter necesario y, por lo tanto, a sancionar las conductas de colaboración (pues normalmente la ayuda prestada aparecerá como imprescindible para que el sujeto se quitara la vida *del modo específico* en que lo hizo). Nos encontramos pues con que nuestro legislador ha configurado un cierto ámbito de impunidad en el campo de la asistencia al suicidio, pero que lo ha hecho con una criticable falta de claridad que dista mucho de garantizar la seguridad jurídica que sería de desear.²

3. No son punibles las conductas meramente omisivas (limitarse a acompañar al enfermo y a no impedir su suicidio).
4. Para que las conductas de cooperación necesaria al suicidio y de producción de la muerte puedan recibir la pena atenuada, es necesario que se cumplan determinados requisitos relativos a la enfermedad y a la manifestación de voluntad. En cuanto a la enfermedad, se formulan alternativamente dos posibilidades. La primera es que el sujeto padezca una «enfermedad grave que conduciría necesariamente a su muerte» (no tiene que tratarse de una enfermedad en estado terminal, sino que basta con que la misma fuera a producir la muerte inevitablemente, aunque el plazo pueda ser largo; piénsese por ejemplo en una esclerosis lateral amiotrófica). La segunda alternativa pasa porque la grave enfermedad produjese «graves padecimientos permanentes y difíciles de soportar», lo que permitiría apreciar la atenuación en situaciones de importantes sufrimientos pero en las que no existe una patología que fuese a causar necesariamente la muerte (así, por ejemplo, una tetraplejía).

Por lo que a la voluntad del enfermo se refiere, para poder aplicar la atenuación el paciente ha de haber expresado su voluntad de morir a través de una petición que debe ser «expresa», «seria» e «inequívoca».

5. Las penas imponibles (una vez atenuadas) son de entre seis meses y dos años de prisión (para la cooperación necesaria al suicidio) y de entre un año y medio y seis años (cuando se trata de la ejecución de la muerte).

¿Qué ha cambiado en el plano normativo durante estos 20 años transcurridos desde la promulgación del Código Penal? Sin duda, se han producido muy notables avances en el respeto a la autonomía individual en el ámbito del derecho a decidir sobre el propio tratamiento médico (a partir de la Ley 41/2002, de Autonomía del Paciente, a la que como es sabido se une una ingente regulación a nivel autonómico), así como en la consideración del tratamiento del dolor (incluida la sedación) como un verdadero derecho del paciente (regulado en muchas comunidades autónomas, si bien en el ámbito estatal no llegó a ver la luz el Proyecto de Ley reguladora de los derechos de la persona ante el proceso final de la vida, de junio de 2011).³ Ningún

cambio ha experimentado, no obstante, la normativa penal, que a día de hoy permanece inalterada –que siga estándolo dependerá, por lo que parece, del juego de unas alianzas parlamentarias que en el momento de escribirse estas páginas permanecen indefinidas–.

2. ¿Existe un derecho que el legislador debe reconocer?

En la defensa de la despenalización del suicidio o la eutanasia se escucha con frecuencia el argumento de que los ciudadanos «tenemos un derecho» a decidir sobre el final de nuestra vida –que abarcaría, va de suyo, el de recabar ayuda ajena para llevar a efecto la decisión que adoptemos–. Se haga o no explícito, lo que con ello quiere decirse es que, por encima de la decisión del legislador ordinario (que en nuestro ordenamiento sigue sin reconocerlo), dicho derecho puede entenderse consagrado a un nivel superior, que no puede ser otro que el constitucional o el de la normativa supranacional sobre derechos humanos.

El pilar básico de la argumentación en este sentido es, sin duda alguna, el de la autonomía o la libertad individuales, esto es, el derecho a decidir toda una serie de cuestiones centrales de nuestra existencia entre las que se contaría la que atañe al momento y la forma de morir. En el ordenamiento jurídico español, este derecho ha sido encuadrado por sus defensores en diversos preceptos constitucionales (el principio general de libertad del art. 1.1. CE, que no constituye *per se* un derecho fundamental; en una interpretación del derecho a la vida del art. 15 de acuerdo con la dignidad y el libre desarrollo de la personalidad del art. 10; en la libertad de conciencia del art. 16, etc.). A menudo, a este argumento básico se añade también el relativo al respeto del principio de igualdad: la persona paralizada conectada a un mecanismo de medicina intensiva tiene el derecho jurídicamente exigible a que le sea retirado (caso Inmaculada Echeverría) –reconocido como derecho fundamental por el propio Tribunal Constitucional–, mientras que quien necesita ayuda activa para morir (caso Sampedro) no solo no tiene derecho a ello sino que da lugar a la comisión de un delito por parte de quien se la presta.

Pero ahondemos un poco más –lo que nos permite el espacio reducido con el que contamos– en qué queremos decir cuando nos referimos a ese derecho constitucional, asentado básicamente en la noción de autonomía, a decidir sobre nuestra propia muerte. La experiencia en nuestro propio sistema y en el derecho comparado nos muestra dos posibles estrategias de defensa.

Un primer enfoque posible consiste en convertir la cuestión en objeto de litigio ante la jurisdicción constitucional, una vía de la que contamos ya con no pocos ejemplos en diversos países. Aunque como es lógico las posibilidades de articular las reclamaciones de este tipo dependen de las peculiaridades de cada ordenamiento y, en particular, de su sistema de recursos ante la justicia constitucional, lo que ahora interesa es destacar *grosso modo* el núcleo que las vertebraba. Se parte, en primer lugar, de inscribir la decisión sobre la propia muerte en el ámbito de un derecho fundamental (identificado con la libertad, la autonomía, la intimidad-vida privada, etc.); a partir de ahí, se argumenta la falta de razones que pudieran justificar plausiblemente la limitación que a tal derecho se le impone con la norma penal prohibitiva del suicidio asistido y la eutanasia, para concluir, por último, con la calificación de dicha regulación prohibitiva como inconstitucional y la solicitud de su anulación por el tribunal con competencia para ello.⁴

Dos son, hasta la fecha, los países en que este tipo de recursos han logrado su objetivo: Colombia, con la pionera sentencia de su Corte Constitucional de 20 de mayo de 1997, y muy recientemente Canadá, con la sentencia del Tribunal Supremo *Carter vs. Canadá*, de 6 de febrero de 2015. Fallos negativos emitió en su día, por el contrario, el Tribunal Supremo de Estados Unidos (sentencias *Washington vs. Glucksberg* y *Vacco vs. Quill*, dictadas conjuntamente el 26 de junio de 1997) y, más recientemente, el de Irlanda (*Fleming vs. Irlanda*, de 29 de abril de 2013).

No resulta posible profundizar aquí en las argumentaciones que sustentan el fallo del tribunal colombiano (muy centrado en las nociones de autonomía individual y dignidad), o el canadiense; baste comentar tan solo –por especialmente novedosa– la forma en que este último recurre a la experiencia de los países donde la despenalización ya se ha producido para privar de fuerza al argumento de los posibles riesgos de abuso, argumento que en una

sentencia anterior (*Rodriguez vs. British Columbia*) había sido considerado por el propio tribunal –entre otros– como justificación suficientemente razonable de la prohibición del suicidio asistido y la eutanasia y de la limitación de la autonomía individual que le es inherente. En la década de 1990, dice el tribunal, no disponíamos de la experiencia suficiente para valorar lo acertado de los temores de que una despenalización condujera a prácticas abusivas; en el momento actual, se argumenta, el conocimiento de la experiencia de países como Bélgica o Países Bajos permite descartar que tal cosa se haya producido, lo que impide el recurso a este argumento como pilar sobre el que asentar una limitación de la libertad tan relevante como la que se discute.

En lo que al sistema español se refiere, el Tribunal Constitucional solo ha tratado la cuestión de modo lateral, puesto que, como se sabe, la reclamación de Ramón Sampedro en esta línea quedó interrumpida procesalmente por su fallecimiento. Ha sido en sentencias no relativas al suicidio asistido, sino a los rechazos de tratamiento (básicamente, en la STC 120/90, de 27 de junio, sobre la huelga de hambre), donde el Tribunal Constitucional se ha acercado más al problema: por un lado, para rechazar –aunque no se tratara del núcleo del fallo– que exista un derecho fundamental al suicidio o a la propia muerte; por otro, para afirmar como fundamental el derecho a rechazar intervenciones corporales, incluso curativas, que invadan la esfera corporal garantizada por el derecho fundamental a la integridad física del art. 15 CE. Con precedentes como la STC 120/90, no parece en absoluto probable que el Tribunal Constitucional vaya (al menos no por el momento) a seguir la línea de los tribunales colombiano o canadiense.

Por su parte, el Tribunal Europeo de Derechos Humanos (TEDH) –encargado de garantizar el respeto del Convenio Europeo de Derechos Humanos (CEDH) de 1950– sí ha abordado en varias ocasiones la cuestión que nos interesa, en supuestos de demandas planteadas por ciudadanos contra diferentes Estados parte del convenio. La sentencia básica en este sentido, como es sabido, es la famosa *Pretty vs. Reino Unido*, de 29 de abril de 2002, en la que el tribunal ciertamente ubica la decisión sobre la propia muerte en un derecho convencional (la vida privada y familiar del art. 8 CEDH), si bien no considera la prohibición de la ayuda a morir como una decisión irracional

o arbitraria por parte de los legisladores nacionales que la han asumido (en el caso enjuiciado, Reino Unido): en la medida en que no puede descartarse plenamente la existencia de riesgos de abuso si se opta por despenalizar, ha de ser el legislador democrático de cada país el que decida si está en disposición de controlarlos.

Después de *Pretty*, el TEDH ha vuelto a pronunciarse sobre el tema en varias sentencias, si bien en cada una de ellas la cuestión revestía tintes propios. Así, en *Haas vs. Suiza*, de 20 de enero de 2011, se parte de un contexto legal previo distinto al planteado en *Pretty*: el Estado denunciado es Suiza (en el que se tolera el suicidio asistido), y quien reclama es un ciudadano –un enfermo bipolar crónico– que ha visto denegadas todas sus peticiones para que un médico le recetase el pentobarbital con el que quitarse la vida. Pues bien, aunque el contexto de partida sea diferente, el TEDH vuelve sobre una idea ya contenida en *Pretty*: ninguno de los derechos contemplados en el CEDH (tampoco el derecho a la vida privada y familiar del art. 8, que es el seleccionado como más relevante al respecto) obliga a los Estados a facilitar positivamente el suicidio. Si en *Pretty* se reconoce como compatible con el convenio la total prohibición del auxilio al suicidio, con más razón admite ahora el tribunal la posibilidad de que (una vez permitida por un Estado la práctica de algunas de estas conductas) sea el propio legislador estatal el que decida dónde poner los límites o qué condiciones exigir para su plena legalidad. La actitud del TEDH sigue siendo por el momento, por tanto, la de mantener esta cuestión (prohibir o permitir, y si se permite, con qué límites) dentro del margen de la libre decisión de los Estados.

Dejando ahora al margen *Koch vs. Alemania*, de menor interés, la sentencia más reciente es *Gross vs. Suiza*, de 14 de mayo de 2013. Aquí el tribunal no vuelve sobre el tema de fondo de si los Estados parte del CEDH deben reconocer legalmente las prácticas eutanásicas. Sin embargo, sí parece reforzarse la idea (pues se declara en términos más firmes que en sentencias anteriores) de que realmente los ciudadanos tenemos ese derecho a decidir sobre el final de nuestra vida; es esta premisa la que permite al tribunal otorgar (parcialmente) la razón al demandante, no en el sentido de que el Estado suizo tuviera la obligación de atender su petición de asistencia al suicidio (que es desde luego la cuestión sustantiva fundamental), pero sí, cuando menos, a condenar a Suiza por la imprecisión de su sistema legal al respecto y por la vulneración de la seguridad jurídica que ello implica.⁵

En el campo de la eutanasia el TEDH se sitúa, por tanto, en la línea prudente (respetuosa con el margen de decisión de los legisladores nacionales) ya

adoptada en ámbitos tan relacionados con el que nos ocupa como el de la interrupción del embarazo. Fijémonos, en cualquier caso, que lo que el tribunal sostiene es que no existen en el convenio razones lo suficientemente fuertes como para considerar *obligada* una despenalización, que *necesariamente* haya de ser adoptada por los Estados firmantes del convenio; el tribunal prefiere, simplemente, dejar que sean estos los que ejerciten al respecto su conocido «margen de apreciación» para decidirse por una u otra opción político-criminal, entre las que desde luego se cuenta –como perfectamente legítima– la de despenalizar. En ninguna sentencia ha estimado el Tribunal de Estrasburgo que esta última opción, si el legislador se decantara por ella, fuera contraria al convenio.

Es verdad que una nutrida jurisprudencia del TEDH considera a los Estados *obligados a proteger la vida* de sus ciudadanos, obligaciones positivas entre las que se cuenta, por ejemplo, la de disponer de una normativa penal que prevenga y sancione suficientemente el homicidio. Pero este tipo de obligaciones estatales solo se refieren a la prevención y sanción de conductas lesivas de la vida realizadas *en contra de la voluntad de la víctima*, un contexto totalmente diferente del de la ayuda a morir solicitada por un enfermo.

El análisis de esas obligaciones estatales de protección de la vida que más se acerca a nuestro contexto es el abordado en las sentencias relativas a decisiones médicas de retirar el tratamiento a pacientes en condiciones extremas. Entre ellas destaca últimamente *Lambert vs. Francia*, de 5 de junio de 2015: dichos deberes de protección, entiende el tribunal, no se ven vulnerados (se trataba de un paciente en estado vegetativo irrecuperable, al que el equipo médico había decidido retirar la alimentación de acuerdo con lo que según la esposa del enfermo hubiera correspondido claramente a sus deseos) si el Estado adopta esta decisión tras una comprobación cuidadosa de la futilidad del tratamiento, a la que además se añade el factor de la voluntad del afectado. Esta sentencia, en lo que ahora interesa, contribuye a subrayar la idea expuesta: el Tribunal de Estrasburgo no acoge un deber estatal incondicionado de proteger la vida a toda costa (incluso contra la voluntad del sujeto), lo que abunda en la idea de la compatibilidad con el convenio de una normativa despenalizadora de la ayuda al suicidio y la eutanasia.

En diversas ocasiones me he pronunciado a favor de argumentaciones como la contenida en la sentencia *Pretty*.⁶ Soy absolutamente partidaria de una despenalización del suicidio asistido y también de la eutanasia: creo que existen

razones muy sólidas para defenderla, y que lo son mucho menos las esgrimidas en favor de la prohibición. Pero no me parece que la forma más adecuada de lograr este objetivo sea la anulación directa de una norma emanada del legislador democrático por efecto de una sentencia de la jurisdicción constitucional, un poder estatal eminentemente contramayoritario y sin legitimación democrática directa. De ahí que me parezca más adecuada la segunda de las vías posibles antes sugeridas: renunciar al litigio constitucional y plantear el derecho a la autonomía individual como el argumento fuerte de propuestas despenalizadoras que haya de adoptar el legislador democrático.

En este sentido, pueden esgrimirse, entre otros muchos, los argumentos de que: a) la despenalización es la opción más favorable a la concepción del ser humano como ser racional y libre (y por ello digno) y, por tanto, la que se compadece *mejor* con los valores que asientan la Constitución española; b) es la opción más coherente con el reconocimiento del derecho a renunciar a tratamientos (que también implica disponer de la vida); y c) los posibles riesgos para las personas más vulnerables (que pudieran estar en la base de la prohibición, como de hecho se argumentó en los debates previos al Código Penal de 1995) pueden ser controlados, como lo son respecto del ejercicio del derecho a rechazar tratamientos.

3. ¿Y si despenalizamos?

Los partidarios de la despenalización debemos hacer frente a una cuestión nada sencilla: la determinación de las circunstancias bajo las cuales se considera admisible que una persona colabore en la muerte de otra. El núcleo del problema radica en la paradoja que supone el partir de la premisa central del respeto a la autonomía individual para, después, delimitar «desde fuera» las circunstancias en las que debe encontrarse la persona –ya sea uno u otro tipo de enfermedad, carácter terminal de la misma, clase de sufrimiento, etc.–, extramuros de las cuales la conducta de ayudarle a conseguir su propósito ya no se consideraría lícita.

Las legislaciones despenalizadoras conviven con esta contradicción de modo diverso. La normativa de los Estados norteamericanos que admiten el suici-

dio asistido opta por un modelo despenalizador muy limitado, en el que, al imponerse un requisito objetivo muy estricto (menos de seis meses de vida), el derecho de autonomía a recabar ayuda para adelantar la propia muerte se reconoce solo a un grupo muy delimitado de pacientes. Sin embargo, y sin perjuicio de que claramente son este tipo de situaciones las que subyacen a la gran mayoría de las peticiones de ayuda a morir, lo cierto es que la idea de requerir el carácter terminal de la enfermedad se revela como claramente insuficiente, al dejar fuera de la protección de la norma casos especialmente trágicos y sobradamente conocidos: los de los pacientes con parálisis muy severas de origen diverso (enfermedades neurológicas degenerativas como esclerosis lateral amiotrófica o distrofia muscular, accidentes, ictus, etc.), abocados a una situación de la más absoluta dependencia muy a menudo caracterizada, además, por poder prolongarse durante muchos años. Huyendo de esa falta de flexibilidad de las normativas norteamericanas, y partiendo de un reconocimiento por tanto más amplio de la autonomía individual, las legislaciones despenalizadoras del Benelux han optado por fijar criterios legales notoriamente más abiertos: el sufrimiento insoportable (sin más distinciones, en el caso de la ley holandesa; «físico o psíquico», en la ley belga) para el que no existen perspectivas de mejora.

Parece muy razonable, en efecto, una despenalización de conductas eutanásicas que se desprenda del criterio del carácter terminal de la enfermedad, excesivamente limitado e inflexible. Pero con ello el problema inicial no queda, por supuesto, resuelto. La mayoría de los partidarios de la despenalización (al menos en Europa) admitirían sin problemas, creo, su aplicación a situaciones de parálisis totales o muy severas como las antes descritas, pero ¿y a otras? ¿Personas sin enfermedades somáticas graves pero con un gran sufrimiento psíquico causado por un desorden mental? ¿Personas físicamente sanas pero con un principio de demencia? ¿Personas con demencia avanzada que dejaron previamente establecida su voluntad de recibir la eutanasia una vez alcanzado dicho estado, ya sea ello suficiente *per se*, ya sea cuando se acompañe además de padecimientos físicos? ¿Personas con minusvalías o discapacidades físicas no totalmente invalidantes? ¿Personas de edad avanzada, con un deterioro físico más o menos serio pero no invalidante ni terminal, que sufren por ese deterioro y no quieren soportar su progreso?

Un repaso a los informes de las comisiones de control de Holanda y Bélgica nos permite comprobar que –aunque su incidencia sea por supuesto muchísimo menor que los casos de enfermedad mortal muy avanzada o terminal– estos otros tipos de casos problemáticos se plantean en la práctica (con independencia ahora de la respuesta que se les otorgue) en los sistemas despenalizadores que perfilan los requisitos sustantivos de modo amplio. Mi pretensión en este momento es tan solo contribuir a que el lector –especialmente el partidario de la legalización– sea consciente de su existencia, y pronunciarme a favor de que, como expresión final de una reflexión social conjunta y lo más consensuada posible, sea básicamente el legislador, y no otras instancias (eventuales comisiones u órganos administrativos de control, tribunales de justicia, etc.), el encargado de trazar dichos límites.

Notas

1. En concreto, han aplicado el art. 143 los Servicios Sociales de Atención Primaria de Tarragona de 25 de marzo de 2009 (confusa y escasamente razonada) y de Castellón de 10 de mayo de 2012 (sentencia de conformidad ayuna de todo razonamiento que aplica el precepto a una conducta en puridad atípica).
2. La ya lamentada falta de profundidad de los debates parlamentarios previos a la promulgación del Código Penal de 1995 impide que estos puedan arrojar luz sobre qué es lo que realmente se pretendía dejar como conducta lícita. Desde luego, si de lo que se trataba era de permitir la prescripción de medicamentos para que sea luego el enfermo el que los ingiera por sí mismo –que es, de hecho, la conducta autorizada en los ordenamientos de los Estados norteamericanos que han optado por flexibilizar sus prohibiciones en el ámbito de la ayuda a morir– debería haberse presentado dicho propósito a la luz y debate públicos, en lugar de adoptar esta regulación oscura que priva a los profesionales de cualquier seguridad sobre la licitud de las conductas mencionadas.
3. El art. 11.1 de dicho proyecto establecía: «las personas que se encuentren en el proceso final de su vida tienen derecho a recibir la atención idónea

integral que prevenga y alivie el dolor y sus manifestaciones, lo que incluye, además del tratamiento analgésico específico, la sedación»; el apartado segundo, por su parte, precisaba que «de acuerdo con lo anterior, estas personas tienen derecho [...] c) a recibir, cuando lo necesiten, sedación paliativa, *aunque ello implique un acortamiento de la vida*, mediante la administración de fármacos en las dosis y combinaciones requeridas para reducir su consciencia, con el fin de aliviar adecuadamente su sufrimiento o síntomas refractarios al tratamiento específico» (la cursiva es mía).

4. A título de ejemplo puede verse Hormazábal Malarée E. La eutanasia: un caso de colisión de principios constitucionales. En: García Valdés C, et al, coordinadores. Estudios penales en homenaje a Enrique Gimbernat. Tomo II. Madrid: Edisofer; 2008. pp. 2037 y ss., pp. 2051-2052).
5. Ha de decirse, con todo, que esta sentencia ha quedado sin efecto tras la emitida por la Gran Sala el 30 de septiembre de 2014, aunque no por motivos de fondo, sino por haber sido dictada la primera cuando la demandante ya había cometido suicidio (dato desconocido por el tribunal en su momento).
6. Tomás-Valiente Lanuza C. La disponibilidad de la propia vida en Derecho Penal. Madrid: Boletín Oficial del Estado; 1999. pp. 295-392, o, en un sentido no muy lejano, Rey Martínez F. Eutanasia y derechos fundamentales. Madrid: Centro de Estudios Constitucionales; 2008. *passim*.

**La visión de las
instituciones
y los profesionales**

Diez apuntes sobre la eutanasia

Fernando Marín

Presidente de la Asociación Derecho a Morir Dignamente de Madrid

1. Se muere mal por culpa de los médicos

¿Por qué hablamos de esto? Porque en general se muere mal y, en particular, una persona muere bien, regular o mal dependiendo del médico que le toque. Veinte años después de la mayor investigación realizada hasta la fecha sobre la calidad de la muerte, las conclusiones del Informe Support siguen siendo una triste realidad: «Nos encontramos sumidos en una desagradable situación. El cuadro que presentamos de la atención que se presta a las personas gravemente enfermas o moribundas dista mucho de ser satisfactorio. Ciertamente, hubiéramos preferido descubrir que, a la hora de hacer frente a una enfermedad que amenaza la vida, se incluía al enfermo y a sus familiares en las discusiones, que se valoraban estimaciones realistas de los posibles resultados, que se trataba el dolor y que no se prolongaba el proceso de morir. Esta meta es todavía posible [...]. Para alcanzarla se requiere volver a examinar nuestro compromiso individual y colectivo, un mayor esfuerzo creativo en la elaboración del proceso de tratamiento y quizá, intentos más activos y vigorosos para conseguir un cambio».¹

Se muere mal fundamentalmente por culpa de profesionales que no han asumido que ayudar a morir en paz es uno de los fines de la medicina del siglo XXI, tan importante como prevenir la enfermedad, ayudar a vivir o «salvar vidas».² No preguntan a los pacientes por sus preferencias, no les permiten formar parte del proceso de toma de decisiones, hacen un uso desproporcionado de la tecnología y provocan un encarnizamiento terapéutico que complica el proceso de muerte.

No exagero, está en la exposición de motivos de las leyes de muerte digna de varias comunidades autónomas. Tan mal morimos que necesitamos garantizar, nada más y nada menos, que la dignidad.

«Hemos aceptado que son los médicos quienes deben decidir cómo tenemos que vivir los días de nuestro ocaso. Es un experimento de ingeniería social, tratar los padecimientos de la enfermedad, el envejecimiento y la mortalidad como cuestiones médicas, poniendo nuestro destino en manos de personas que valoramos más por su destreza técnica que por su comprensión de las necesidades humanas.»³

Tenemos que desmedicalizar la muerte, domesticarla, conquistar el proceso de morir y que cada uno sea el protagonista de su vida, reconociéndose su derecho a decidir cuándo y cómo debe finalizarla. Más allá de la inyección letal, hablamos de algo mucho más profundo: que se nos respete como personas libres desde el nacimiento hasta la muerte.

2. La Ley 41/2002 de Autonomía del Paciente: un fracaso

Teóricamente, los derechos de los pacientes son los ejes básicos de las relaciones clínico-asistenciales: el derecho a la información, a la intimidad, a elegir entre opciones clínicas, a rechazar un tratamiento y a expresar su voluntad por anticipado en el testamento vital. Hace unos días a una socia de Derecho a Morir Dignamente (DMD) le decía en el hospital una médica joven: «¿Que puedes rechazar el tratamiento? ¿Eso dónde lo pone?». «En la Ley de Autonomía del Paciente, si quiere le digo a DMD que le manden una copia.» La democracia no ha entrado en los hospitales. No se trata de que los pacientes voten entre la pastilla roja o la pastilla azul, sino que el diálogo y la deliberación se incorporen a la praxis clínica, que las preferencias y las decisiones de cada ciudadano sean respetadas o, como dice el programa electoral de 2015 del PSOE, «migrar de un modelo paternalista a uno basado en la confianza mutua y la corresponsabilidad».

Las leyes de muerte digna tratan de dar un empuje a la autonomía, aclarando los derechos del paciente en el contexto del final de la vida. Pero seis años después de la primera ley no se muere mejor en Andalucía que en Cataluña, porque en ningún territorio ha existido voluntad política de impulsar los

cambios que propone la ley andaluza o las recomendaciones del Comité Consultivo de Bioética de Cataluña. ¿Para qué hacer leyes o informes? Mientras tanto mucha gente padece un sufrimiento que podría ser evitado.

3. El testamento vital: una herramienta desaprovechada

Las voluntades anticipadas fueron reguladas por primera vez en Cataluña en el año 2000 y posteriormente en todo el Estado, recibiendo hasta seis nombres distintos (así somos). El testamento vital facilita el afrontamiento de la muerte y la toma de decisiones al final de la vida, pero en España solo cuatro de cada mil personas lo han registrado (en Cataluña ocho de mil), sin diferencias significativas entre las comunidades con o sin ley de muerte digna. Casi la mitad de la población y de los profesionales sanitarios no sabe lo que es el testamento vital y solo uno de cada cuatro médicos lo ha leído.⁴

El testamento vital es un elemento fundamental para mejorar la calidad de la muerte, sobre todo después de que el Partido Popular haya legislado en 2015 que las decisiones sobre el tratamiento de toda persona incapaz de expresarse que no tenga testamento vital queda en manos de los profesionales, quienes «adoptarán las medidas necesarias en salvaguarda de la vida», judicializando cualquier discrepancia.⁵

¡Firme su testamento vital! Piense cómo desea ser cuidado al final de su vida, hágale con su entorno más cercano y deje por escrito sus deseos en un documento. Usted sufrirá menos, evitará el encarnizamiento terapéutico y los suyos agradecerán no tener que tomar decisiones en su lugar.

4. El Código Penal: cuando la ley distorsiona una relación de confianza

El art. 15 de la Constitución debe interpretarse a la luz del libre desarrollo de la personalidad y del estricto respeto a la dignidad personal, que nuestra

propia Carta Magna reconoce como «fundamentos del orden político y la paz social». En consecuencia, una vida impuesta a su titular no puede merecer la consideración de bien jurídico protegido. Ello crearía un «deber de vivir» en lugar del «derecho a la vida» y pone en entredicho la legalidad, tanto del rechazo a un tratamiento salvador como de la limitación terapéutica ante situaciones de carácter irreversible (Juristas por la disponibilidad de la propia vida).⁶

Hoy en día el Código Penal no es solo un aliento en el cogote de los profesionales. Más allá de las conductas eutanásicas del artículo 143, dificulta las decisiones al final de la vida al utilizarse como una excusa: «Eso que me pide es ilegal», «¿qué quiere: que le matemos de hambre y de sed?», negando los derechos de la ley de autonomía. El reciente caso en Galicia de la niña Andrea es un claro ejemplo.⁷ La ley de autonomía permite la muerte voluntaria cuando la vida depende de un tratamiento, como la alimentación e hidratación artificiales, o cuando se padece un sufrimiento refractario y se elige la opción clínica de la sedación paliativa, pero todavía muchos profesionales no aceptan, en ninguna circunstancia, que sea el paciente quien decida sobre su propia muerte. ¿Se habrán leído la ley de autonomía?

5. Cuidados paliativos y eutanasia. Cambiar la y por la o: una trampa y un falso dilema

Es obvio que nadie desea renunciar a cuidados que mejoren su confort (sobre todo si se está muriendo), desee o no tener la posibilidad de decidir cuándo morir. Está claro que cuidados paliativos (CP) y eutanasia no son opciones excluyentes (CP o eutanasia), sino complementarias (CP y eutanasia).

Pero probablemente por su origen confesional, todavía presente (muchos recursos de CP están gestionados por organizaciones religiosas), los CP sostienen un discurso contra la eutanasia basado en suposiciones falsas, en una lucha que resulta anacrónica en una sociedad plural. Su fundamento, el principio de la sacralidad de la vida (Dios la da y Dios la quita), es totalmente

respetable, pero como no puede ser vinculante, los paliativos han creado el mito de la omnipotencia frente al sufrimiento: con ellos no se sufre, por eso los pacientes no solicitan la eutanasia y por tanto, en lugar de despenalizar esta, lo que se debe hacer es universalizar aquellos. «Todo es falso, salvo alguna cosa», todos los ciudadanos deben tener acceso a los CP. Lamentablemente, muchas veces mejorar la calidad de vida de una forma satisfactoria para el enfermo es imposible, por lo que su dignidad no le garantiza ni la mejor asistencia, sino el respeto a sus preferencias y decisiones.

Mientras la eutanasia sea ilegal nunca sabremos cuántos enfermos tomarán la decisión de morir. Pueden ser doce mil cada año (un 3% de fallecimientos), como en Holanda o en Bélgica, o más, o menos. Ya se verá, pero derechos como el matrimonio homosexual no se reconocen por el número de personas que se casen, sino por la libertad de hacerlo. Las afirmaciones del tipo «en una pila de años solo uno o dos pacientes me solicitaron una eutanasia» o «la mayoría cambia de opinión» tienen poco valor. ¿Qué seriedad tiene una petición si la eutanasia es ilegal? Lo que sí sabemos es que, en los países en donde se ha regulado, la eutanasia no depende de los CP, porque las razones para morir tienen mucho menos que ver con la asistencia paliativa (nadie muere por un dolor tratable), que con el sentido de la vida o la vivencia personal de la pérdida de dignidad. Y para eso, no hay medicina que valga.

6. Eutanasia: un clamor popular

Tanto en el ámbito profesional como en las encuestas ciudadanas, la eutanasia tiene un apoyo mayoritario. En Cataluña, el Observatorio de Bioética y Derecho (2003), el Instituto Borja de Bioética (2005) y el Consejo Consultivo de Bioética de Cataluña (2006) se han manifestado en este sentido. En la última encuesta del CIS⁸ en la que se preguntaba por esta cuestión (2009), el 95% deseaba asistencia sanitaria para una muerte sin dolor. Morir sin sufrir es una aspiración universal, pero, además, el 73,6% estaba a favor de que se regulara la eutanasia. Curiosamente, el 60% de los votantes del PP y el 90% del PSOE e IU, por lo que el problema no es que en España una mitad de la

población sea más católica y otra mitad más laica, sino el temor de los políticos al ruido mediático de los grupos fundamentalistas de presión. Vivimos en una democracia que todos sabemos que no lo es, vivimos en una ficción, la de la soberanía popular, que es una farsa.

7. La pendiente deslizante: un argumento sugerente, pero falso

Desde siempre, el miedo es la gran arma del poder. La eutanasia nos abocará inevitablemente al desastre, al asesinato de personas vulnerables, porque una vez dado el primer paso, se desencadenará un proceso difícil de controlar, caeremos por una pendiente que nos llevará a situaciones indeseables o trágicas, de consecuencias impredecibles, en una cadena o secuencia imparable de efectos nefastos (como el nazismo).

La pendiente deslizante, o resbaladiza, es un argumento persuasivo porque transmite inquietud, miedo al futuro y sus incógnitas, pero los datos que existen (Holanda, Bélgica, Oregón, Suiza, etc.) indican todo lo contrario: la regulación es segura, no existe ningún deslizamiento hacia el infierno y los ancianos no salen corriendo por miedo a que les maten.

Por supuesto que existen casos difíciles que llegan al límite de la regulación. La vida es así, compleja. En esos países se conocen y se deliberan, pero aquí no, aquí cada uno «se busca la vida», se compra un cóctel letal por internet o se arroja desde un séptimo piso. ¡Ojo! La eutanasia existe en todos los países, pero solo en unos pocos no es clandestina. ¿Cuántos granos de trigo son un montón? ¿Cuántos de estos casos extraordinarios transforman lo bueno en malo? ¿Cuántos pederastas convierten el sacerdocio en un peligro social? Ninguno, porque entre el homicidio (o la pederastia) y la eutanasia (o el sacerdocio) no existe la relación causa-efecto que la pendiente deslizante sugiere, sino todo lo contrario, pues las decisiones en el proceso de morir están sometidas a más reflexión y más controles que sin ley de eutanasia.

8. Libertad, autonomía, dignidad: valores, más que palabras

«Quiero dejar de no vivir» (Madeleine, 2006); «para ser libre tienes que luchar» (Inmaculada, 2007); «son quince minutos, dejas de respirar y fuera, amaba tanto la vida que quiso gobernar la suya hasta el final» (Carlos, 2010); «una vida así, nadie debería vivirla» (Daniel, Maribel, Dolores, M.^a Antonia, 2010); «vivir es mucho más que respirar» (Carmen, Ramona, 2011); «vivo en una cárcel que se estrecha» (Pedro, 2011); «quiero morir porque amo la vida» (Jose Luis, 2014). Madeleine, Inmaculada, Carlos, Pedro... Los testimonios de personas corrientes que decidieron morir son mucho más esclarecedores que los tratados filosóficos o las declaraciones grandilocuentes sobre la dignidad. Se trata de respetar a cada uno tal cual es, la voluntad, la forma de ser en el mundo y de marcharse de cada persona. No todos vivimos la dignidad de la misma manera, pero cualquiera puede entender que para estas personas, para la mayoría de la gente, morir con dignidad es eso: enfrentarse al deterioro con la opción de decir «¡Basta! Aquí me quedo». «A mi edad, eso es humillante. Nunca consentiré que me pongan un pañal», decía una señora. Lo consiguió, y vivió la muerte como una experiencia liberadora.

9. Se muere como se vive, no hay muerte digna sin vida digna

La muerte voluntaria es una decisión individual, pero el derecho a morir dignamente (DMD) es una reivindicación colectiva, inseparable del derecho a vivir dignamente, es decir, a vivir en libertad, sin miedo a perder la casa, el trabajo, la asistencia sanitaria, a llegar a fin de mes, a expresar libremente las opiniones o la identidad sexual, a decidir cuántos hijos se desean tener, a recuperar a los muertos arrojados en cunetas o en fosas comunes, a la justicia social. La contradicción es parte de la naturaleza humana, pero colectivamente, como movimiento social, la coherencia impone la defensa de todos los derechos humanos.

En la aldea global, en la era de la información, cuando el Estado agrede a los ciudadanos y reprime su libertad, la gente reacciona defendiéndose. Desde Francia, Alemania o Gran Bretaña viajan a Suiza a morir con un suicidio asistido. Otros utilizan la «Guía de muerte voluntaria» que asociaciones como DMD ponen a disposición de socios que sufren el proceso final de su vida y no disponen de tiempo para esperar cambios sociales y legislativos. Tanto la legítima búsqueda de una solución individual como el turismo eutanásico son actos de desobediencia civil que deberían avergonzar a la sociedad. Nadie habría de morir con la presión del peso de la ley.

No hay una muerte digna sin vida digna. El movimiento ciudadano transforma el yo, el sálvese quien pueda, en un nosotros, reivindicando la libertad para todos los ciudadanos, decidan o no estos disponer de su vida. Es un derecho, nadie tiene la obligación de morir, ni de vivir en contra de su voluntad. La diferencia de rango moral con los que tratan de imponer la santidad de la vida es evidente. DMD es un compromiso con la libertad, reapropiándonos de todo aquello que hemos delegado: la educación, la cultura, la salud y la muerte.

10. Hacia una nueva cultura de la muerte

Reivindicamos la eutanasia como una bella palabra, con nombre de mujer. Su significado antropológico va mucho más allá de la inyección letal, porque eutanasia es libertad, afrontamiento de la muerte, deliberación, despedida, responsabilidad, dignidad, respeto. Lo es no solo para los que toman la decisión de morir, sino para todas las personas que desean disponer de esa opción, esa luz al final del túnel, esa puerta de salida por donde uno puede escapar y liberarse del sufrimiento o de una vida desprovista de valor para uno mismo. Tan solo esa posibilidad de convocar a la parca un día, a una hora, empodera al individuo y es una fuente de serenidad. Lejos de ser una amenaza, la eutanasia es una oportunidad para tomar conciencia de la finitud y hablar de la muerte, debatir cómo morimos y cómo nos gustaría morir. Desaparecido el tabú, la nueva cultura de la muerte no pretende huir de la enfermedad o los achaques de la vejez, en una especie de hedonismo

materialista absurdo por inhumano, sino hacer frente al destino de cada persona sin miedo, con la seguridad de que la vida terminará pacíficamente cuando cada cual considere que su biografía ha finalizado. ¿Por qué razón íbamos a dejar la muerte en manos de la improvisación o la chapuza?

Notas

1. Controlled trial to improve care for seriously ill hospitalized patients. The study to understand prognoses and risk of treatments (SUPPORT). The SUPPORT Principal Investigator. 1995; 274(20): 1591-1598. Disponible en: <http://morirencasa.weebly.com/coacutemo-morimos.html>.
2. ¿Cuál es la finalidad de la medicina en el siglo XXI? Disponible en: <http://morirencasa.weebly.com/morir.html>.
3. Gawande A. Ser mortal. Barcelona: Galaxia Gutemberg; 2014. Disponible en: <http://morirencasa.weebly.com/blog/ser-mortal-cuando-la-tecnologia-no-es-la-mejor-opcion>.
4. Toro Flores R. Conocimientos y actitudes de usuarios, médicos y enfermeras sobre las instrucciones previas en el Área Asistencial Este de la Comunidad de Madrid. Tesis doctoral. Madrid: Universidad de Alcalá; 2014. Disponible en: <http://dspace.uah.es/dspace/handle/10017/20563>.
5. Ley Orgánica 8/2015, de 22 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia. Disponible en: www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2015-8222.
6. Disponible en: <http://juristasporlaeutanasia.org/>.
7. Disponible en: http://politica.elpais.com/politica/2015/10/09/actualidad/1444386417_045775.html.
8. Estudio 9982; 2009. Disponible en: http://www.cis.es/cis/opencm/ES/1_encuestas/estudios/ver.jsp?estudio=9982.

Reflexiones desde la medicina

Josep Terés

Presidente de la Comisión de Deontología del COMB

No pretendo transmitir la visión de los profesionales médicos ni del Colegio de Médicos de Barcelona, del que no me siento representante, más aún tratándose de un tema polémico sobre el que dentro del colectivo médico hay con seguridad las mismas diferentes sensibilidades que puede haber en la sociedad. Intentaré expresar mi posición, eso sí, desde la profesión y la Comisión de Deontología del COMB que presido, con la creencia de que esta coincidirá probablemente con una mayoría del colectivo. De hecho, una encuesta del CIS del 2000 cifraba en un 60% los médicos partidarios de la despenalización de la eutanasia, mientras que otra, de 1988, estimaba que un 82,3% de los médicos colegiados en Barcelona estaban a favor de su regularización. Posiblemente, una de las causas de este elevado porcentaje, además de las razones ideológicas que habitualmente presiden el debate sobre este asunto, sea la circunstancia de que, como comentaré más adelante, tanto en la eutanasia como en el suicidio asistido el médico no lleva la iniciativa, sino que acompaña –y aquí, como elemento, puede ser necesario pero nunca suficiente– a quien toma la decisión, que es el enfermo. En esta tesitura, el médico necesita no solo la seguridad para poder actuar en conciencia, sino también hacerlo con protección jurídica.

Objetivos de la medicina del siglo XXI

Para situarnos, permítanme empezar describiendo cuáles son los objetivos de la medicina en el siglo XXI, en caso, claro está, de una eventual despenalización.

1. Promoción de la salud mediante la educación de la población, la investigación y la influencia en las decisiones de los políticos.
2. Prevención de la enfermedad mediante todo tipo de campañas profilácticas.

3. Combatir la enfermedad curando a las personas y cuidándolas. Demasiado a menudo la medicina, ejercida en las circunstancias actuales, se ocupa más de curar que de cuidar, olvidando que curar sin cuidar no es satisfactorio, que a veces solo cuidando ya se cura y que, si no cuidamos, ¿qué haremos cuando no podamos curar? Decía el fallecido Albert Jovells: «A veces uno tiene la sensación de que cuánto más aprenden los médicos a tratar enfermedades, más desaprenden a tratar a los enfermos». La medicina del siglo XXI debe volver a hacer compatibles la medicina efectiva y la afectiva.
4. Parte importante de este «cuidar» a las personas debe ser hacerlo al final de la vida y, especialmente, en el proceso de la muerte, teniendo en cuenta, además, que más de dos tercios de los decesos son actualmente medicalizados, ya sea porque se producen en el curso de un proceso ya medicalizado o porque el mismo proceso de la muerte requiere tratamiento médico de los síntomas.

Observarán que no he utilizado el término tan usado de «muerte digna». Permítanme un inciso para explicarlo. En primer lugar, dudo de que la muerte en sí misma pueda ser calificada de digna o indigna, cuando lo que realmente nos importa es que la vida sea digna durante este proceso. Más sustancial que este juego de palabras es la ambigüedad del concepto de dignidad humana o, al menos, los diferentes sentidos que se le dan para defender posturas enfrentadas. Para unos, la dignidad humana proviene de un ser superior, el creador o la naturaleza, que gestiona la vida y la muerte: en consonancia, vivir con dignidad, o morir con dignidad, consiste en hacerlo según unas normas supuestamente dictadas por tal ser superior (normas heterónomas). La vida nos ha sido dada, pero no nos pertenece y no podemos disponer de ella, aunque se trate de nuestra propia vida, ya que la libertad humana puede ir más allá de una norma que no proviene del propio ser humano. Para otros, principalmente a partir de la Ilustración y de la secularización de las sociedades, la dignidad humana procede de nuestro propio ser humano y consiste en la libertad de darse las propias normas (normas autónomas). *Etsi deus non daretur*, (aunque Dios no existiera), el hombre es un fin en sí mismo. Vivir y morir dignamente es hacerlo en libertad para escoger dónde, cuándo y cómo. La vida nos pertenece y podemos disponer

de ella. He aquí cómo una misma palabra, dignidad, puede albergar significados distintos en función de las creencias y la escala de valores de las personas, y ser utilizada para defender posturas opuestas relativas a quién pertenece la propia vida. Aquí es donde radica de hecho buena parte del debate sobre la eutanasia.

La ayuda a bien morir

La ayuda sanitaria a bien morir, acompañamiento en el proceso de la muerte o, si quieren, la ayuda a morir dignamente, se basa en los cuidados paliativos o en la eutanasia y el suicidio asistido. Aparte de que esta última opción es ilegal hoy por hoy en España, una diferencia notable es que en el proceso de cuidados paliativos el profesional sanitario, médico o enfermera, es quien lleva la iniciativa. Conoce mejor que nadie las diversas situaciones y los procedimientos indicados, él los propone y el enfermo acepta o no. En el caso de la eutanasia y el suicidio asistido, es el enfermo quien propone y pide. El médico, aunque su participación se considere imprescindible y responda a un sentimiento de solidaridad con quien sufre, no es más que un actor de orden práctico. Por este motivo, sería un error enfocar el debate de la eutanasia como un tema exclusivamente médico.

Siento un enorme respeto, admiración y agradecimiento por los profesionales que se dedican a cuidados paliativos. Solamente dos comentarios. El primero: el objetivo, más que cada enfermo al final de la vida tenga acceso a una unidad de cuidados paliativos, debe ser que cada médico y cada enfermera a quien se le pueda morir un enfermo haya adquirido la sensibilidad, la actitud y las habilidades mínimas para ayudar a bien morir. Es decir –que ya sé que lo hacen– *docencia*. En segundo lugar, aunque estoy convencido de que los cuidados paliativos pueden rescatar a muchos enfermos de la desesperación, esto no quita que una persona, en función de su situación, de sus creencias, de su escala de valores y posiblemente de otras variables, en plena competencia y uso de su autonomía, desee y pida disponer de su vida.

La eutanasia y el suicidio asistido

En cuanto a la eutanasia, solo mencionarla ya nos encontramos con un prejuicio, debido al uso que se ha hecho de la palabra, utilizándola como un eufemismo para disimular las atrocidades que se cometieron, por ejemplo en la Alemania nazi, para eliminar a personas por razones eugenésicas o económicas («bocas inútiles»). Sin embargo, esta acepción, ni tampoco la llamada «eutanasia piadosa», responden a lo que hoy entendemos por eutanasia, paradigma del derecho a decidir: «Acciones que realizan otras personas, a petición expresa y reiterada de un paciente que tiene un sufrimiento físico o psíquico, que vive como inaceptable, indigno y como un mal, como consecuencia de una enfermedad incurable, para evitarle el sufrimiento, causándole la muerte de forma segura, rápida e indolora».

Hay que insistir también en evitar adjetivaciones que se han aplicado a la palabra eutanasia, como pasiva, indirecta o no voluntaria, que no hacen otra cosa que crear confusión con otras acciones que forman parte de la asistencia habitual al final de la vida, totalmente lícitas tanto desde el punto de vista ético como legal. La orden de «no reanimar» a un enfermo terminal en caso de parada cardiorrespiratoria, la llamada LET o limitación del esfuerzo terapéutico (mejor limitación de las medidas de apoyo vital), la no aplicación o retirada de un tratamiento fútil, o la negativa de un paciente a aceptar un determinado tratamiento, no son eutanasia pasiva. La sedación paliativa no es eutanasia indirecta y, por supuesto, provocar la muerte contra la voluntad del enfermo no es eutanasia no voluntaria, sino homicidio. La eutanasia siempre es activa, directa y voluntaria.

En la eutanasia confluyen dos actos profundamente humanos. En primer lugar un acto de ejercicio de la autonomía, de la libertad y del derecho a decidir por parte del enfermo, que solicita disponer de su propia vida. En segundo lugar, un acto de compasión y solidaridad con la persona que sufre por parte de quien da cumplimiento a esta petición.

El suicidio asistido «es la acción de una persona que sufre una enfermedad irreversible para acabar con su vida y que cuenta con la ayuda de alguien que le proporciona los conocimientos y los medios para hacerlo. Cuando la per-

sona que ayuda es un profesional sanitario, se habla de suicidio médicamente asistido».

Es posible que desde una óptica jurídica haya matices que establezcan diferencias entre eutanasia y suicidio asistido, y que quizá también estos existan desde un punto de vista emocional. Éticamente, sin embargo, a mí no me lo parece. La motivación es la misma y probablemente las circunstancias que determinan la elección de uno u otro procedimiento son ajenas a la voluntad del paciente y del profesional.

Argumentos a favor y en contra de la despenalización

Deberíamos, pues, ¿despenalizar la eutanasia y el suicidio asistido mediante una regulación de los límites, requisitos y mecanismos de control? Los argumentos a favor se basan en la concepción que ya he expresado de la dignidad humana como sinónimo de la libertad para proveerse de las propias normas morales (autonomía) y decidir también sobre la propia vida. No obstante, el derecho moral y constitucional a la vida no comporta la obligación de vivirla cuando ya se la considera inútil, indigna y sin sentido, y el Estado debe respetar la autonomía de las personas, así como las decisiones que de ella se deriven.

El argumento más utilizado en contra es el famoso de «la pendiente resbaladiza», que pretende justificar la prohibición de algo no intrínsecamente malo por el uso que se podría hacer de ello. Quienes utilizan este argumento pronostican, en caso de la despenalización de la eutanasia, un auténtico holocausto a expensas de las personas más vulnerables, cosa que, por un lado se puede evitar legislando con inteligencia para evitar el mal uso y, por otro, no ha pasado en los países donde la eutanasia y el suicidio asistido son legales desde hace años. Estos argumentos, al igual que la duda sobre la verdadera voluntad de un enfermo terminal o la posible existencia de condicionantes externos, son profundamente paternalistas. Ya he aclarado que, en mi opinión, el acceso a cuidados paliativos no quita la opción de desear disponer de

la propia vida. El único argumento coherente es el ideológico; es decir, el de aquellos que creen que la libertad del hombre no puede ir más allá de unas normas que vienen dictadas y que, en consecuencia, la vida no nos pertenece y no podemos disponer de ella. Esta incoherencia puede condicionar la negativa de quien piensa solicitar la eutanasia o el suicidio asistido, pero de ninguna forma permite imponerlo a quien no tiene estas creencias, y mucho menos a golpe de Código Penal.

Requisitos exigibles

Entre los requisitos exigibles para la legalización de la eutanasia y el suicidio asistido, la polémica puede estar en aceptar o no que la enfermedad que puede justificar su aplicación no deba ser forzosamente terminal. Una enfermedad incurable causante de sufrimientos inaceptables para el paciente debería ser suficiente. Algunos modelos no consideran necesario que quien practique la eutanasia o asista al suicidio sea un profesional sanitario. Cualquier persona podría hacerlo, su papel es el de un actor secundario, pues la iniciativa es siempre en este caso del paciente. No comparto esta opinión si lo que se desea no es simplemente la muerte, sino una muerte segura, rápida e indolora, y yo añadiría, en paz y discreta.

El resto de requisitos –como la petición reiterada de un enfermo bien informado y con capacidad de decidir, la conveniencia de una evaluación caso por caso por parte de un consultor externo o de un comité de ética asistencial, y la necesidad de un registro y una evaluación periódica del procedimiento– pueden ser desarrollados en mayor o menor detalle por la ley reguladora. Finalmente, si la despenalización conlleva un derecho exigible por parte de la población y se considera la eutanasia y la asistencia al suicidio como un acto médico, será también exigible que la ley contemple y regule la opción a la objeción de conciencia de aquellos profesionales cuyas creencias y escala de valores no les permitan aceptar estas prácticas. Ninguna opción ideológica debe imponerse a la fuerza.

El informe sobre la eutanasia y el suicidio asistido del Comité de Bioética de Cataluña diez años después

Màrius Morlans

Médico, Comité de Bioética de Cataluña

Introducción

Ya han pasado diez años desde la publicación del informe del Comité de Bioética de Cataluña (CBC) sobre la eutanasia y el suicidio asistido.¹ Vivimos una época en que la fundamentación ética y la regulación jurídica deben esforzarse para encarar los retos que la aceleración en las innovaciones científicas y tecnológicas plantean a la conducta humana. El tiempo pasado ofrece, pues, perspectiva y ocasión para reflexionar acerca de la consistencia y vigencia de los argumentos y propuestas del documento. Pero bueno será empezar por recordar el contexto en que se originó y el procedimiento que lo hizo posible.

La gestación del informe

No cabe duda del impacto que tuvo en la opinión pública europea la aprobación de la ley que regulaba ambas prácticas en Holanda y que entró en vigor en 2002. Ese mismo año, Bélgica aprobaba otra ley relativa a la eutanasia que no incluía el suicidio asistido al no estar penalizado en dicho país. Este mismo motivo ha hecho posible que asociaciones privadas ayuden al suicidio en Suiza desde 1993. Una encuesta anónima entre médicos revela que dichas prácticas también se llevan a cabo en países en los que no están legalizadas.²

La petición de eutanasia hecha pública por Ramón Sampedro causó una fuerte conmoción en la sociedad española, pudiendo afirmarse, sin duda

alguna, que existe un antes y un después en organizaciones como la Asociación Derecho a Morir Dignamente, que tanto se implicó en la defensa de su causa.³ También los foros académicos reflexionaron y debatieron sobre las implicaciones éticas de la eutanasia en el contexto de la atención médica al final de la vida.⁴ Y en ese aspecto, es justo recordar a Javier Gafo, no solo por sus publicaciones pioneras,^{5,6} sino también por su actitud e implicación personal.⁷

Con posterioridad, dos prestigiosas instituciones académicas, el *Observatori de Bioètica i Dret* y el *Institut Borja de Bioètica*, publicaron sendos documentos a favor de la despenalización de la eutanasia y el suicidio asistido.^{8,9} Es en este contexto en el cual, atendiendo una petición del Departament de Salut, cuando se constituyó un grupo de trabajo del CBC, de composición pluridisciplinaria, que incorporó a personas ajenas al mismo. Tras un año de análisis y deliberaciones, el informe fue presentado y aprobado en la sesión plenaria de diciembre de 2005 con un solo voto en contra. Como se expone en la presentación, el documento tiene por objeto ser «una aportación al debate social, que debe ser amplio, plural, sin miedos ni limitaciones coyunturales, como corresponde a un órgano consultivo independiente que pretende fomentar la deliberación y la reflexión no solo entre los profesionales sino también entre la ciudadanía».¹⁰

La dignidad humana como fundamento de la eutanasia

Aún, hoy en día, hay quien califica de eutanasia el no iniciar o retirar un tratamiento de soporte vital omitiendo y conculcando el derecho de la persona enferma a consentir o no sobre todo tipo de intervenciones médicas. Es por ello que el informe dedica un capítulo a las precisiones y definiciones terminológicas y conceptuales. También se revisa la tradición filosófica occidental relativa al suicidio como introducción a la identificación y análisis de los principios éticos implicados en la eutanasia y el suicidio asistido: el derecho a la vida, la dignidad y la autonomía.

Se identifica y argumenta el concepto de dignidad humana como el principio fundamental que da sentido a las decisiones personales, entre ellas una tan trascendente como la que se refiere al final de la vida, a cómo morir. La dignidad tal como la define Kant: «Aquello que constituye la condición única bajo la cual algo puede ser fin en sí mismo no tiene meramente un valor relativo, o sea, un precio, sino un valor interior, esto es, *dignidad*».¹¹ También se cita la concepción contemporánea de Nino, cuando este argumenta que la dignidad humana prescribe que los hombres sean tratados según sus decisiones, intenciones o manifestaciones de consentimiento: «Cuando alguien no acepta nuestras convicciones y decisiones y no las pone al mismo nivel que las suyas, no nos trata como iguales al negarnos el estatuto moral que nos distingue de las otras cosas que pueblan el mundo».¹²

El concepto de dignidad, arraigado en la tradición filosófica europea, es cuestionado y poco utilizado por los filósofos anglosajones.¹³ Bien es cierto que resulta difícil llegar a consensuar su significado entre quienes difieren en la concepción de los fines de la persona y que en su interpretación más idealista y esencialista puede utilizarse para prohibir o condenar determinadas prácticas actuales o potenciales, como puede ser el caso de la eutanasia. Esta actitud, llevada a su extremo, puede condicionar e incluso evitar el debate relativo a cualquier práctica que, con independencia del parecer de los implicados, solo puede ser juzgada moralmente previo análisis y discusión. Quizá es por esta razón que en el *Avis* del Comité Consultatif de Bioéthique de Bélgica sobre la conveniencia de regular la eutanasia no se utiliza el concepto de dignidad.¹⁴

La fundamentación en un único principio absoluto como es el de la dignidad puede llevar a contaminar de esencialismo las reglas y normas a las que pretende respaldar, convirtiéndolas en absolutas e intangibles, impidiendo o condicionando el debate en nombre de un principio impreciso. Para evitar los peligros de lo que Houttois denomina el «principalismo monista», propone no utilizarla como único principio absoluto por encima de los otros sino acompañarla de otros principios éticos, evitando una jerarquía rígida entre ellos. La aportación de los otros principios puede ayudar a la deliberación personal y colectiva porque el principalismo plural «ofrece la oportunidad de un enfoque más rico de la conciencia moral cuando debe escoger».¹⁵

La eutanasia y la atención al final de la vida

El informe considera la eutanasia y el suicidio asistido como una decisión más de las que se toman al final de la vida en la práctica clínica. Es por ello que se recomienda la necesidad de dignificar el proceso de la muerte y promover la formación de todos los profesionales implicados, y no solo de los sanitarios. La atención al final de la vida es más una cuestión de actitud, de saber estar, que de conocimientos, pero como todo hábito puede y debe aprenderse.

Hay que respetar la voluntad de la persona enferma cuando es explícita en la historia clínica y en el documento de voluntades anticipadas. Debe evitarse la obstinación terapéutica, no iniciando o interrumpiendo tratamientos fútiles. Se recomienda ampliar la cobertura a toda la población de los servicios y unidades de cuidados paliativos cuyo objetivo es el confort físico y espiritual de quienes agonizan, así como el tratamiento de los síntomas y la sedación en la agonía. En este sentido, es loable la actual iniciativa del Departament de Salut con el objetivo de transferir los conocimientos y el saber hacer de los equipos de cuidados paliativos a todos los profesionales de los diferentes ámbitos asistenciales que atienden a personas con enfermedades crónicas avanzadas, limitación de la autonomía funcional y mal pronóstico vital.¹⁶

López Aranguren, al reflexionar en torno a la dignidad personal y la conciencia del que está cercano a morir sobre la propia muerte, sostiene que «no morimos sino que somos muertos, es decir, que morimos ante y para los demás. Y es a ellos a quienes afecta esa dignidad, entendida como decoro. La muerte como espectáculo que se ofrece a los otros que, cuando menos, sea decorosa, es decir, que no se contradiga con lo que fue la vida del moribundo».¹⁷ Y este pensamiento puede y debe orientar la actitud profesional para con los allegados de quien está muriendo.

Sobre la actuación del órgano de supervisión

Se analizan y ponderan las ventajas e inconvenientes según el momento en que debe actuar el órgano de supervisión, cuyos miembros se propone que

sean nombrados conjuntamente por el Departament de Justícia y el de Salut. La actuación previa proporciona una mayor seguridad jurídica pero tiene el inconveniente de burocratizar el proceso y de que la decisión pueda llegar tarde. La actuación posterior, basada en la revisión de la documentación, exige un registro riguroso y completo de la misma y la denuncia al Ministerio Fiscal cuando no se cumplan los requisitos o se detecten irregularidades.

En el informe se opta por una solución salomónica. Se propone la consulta al órgano de supervisión cuando la petición la haga una persona con una enfermedad incurable pero con expectativas de seguir viviendo, así como la revisión del procedimiento tras la muerte de la persona con mal pronóstico vital a corto plazo.

Es de los pocos aspectos del documento que, a mi juicio, modificaría, proponiendo que el órgano de supervisión actuara siempre a posteriori revisando la documentación. Hay un par de razones con que sustentar dicha propuesta.

En primer lugar, es una cuestión de trato justo, de tratar a los iguales como iguales según la ética aristotélica, porque lo que hace iguales a las personas en esa circunstancia es el sufrimiento y la voluntad de dejar de sufrir, y me parece una discriminación la espera a que se somete a quien tiene un mejor pronóstico vital. Se prolonga el sufrimiento por una cuestión de procedimiento que no es esencial.

Pero, además, la intervención previa supone una interferencia en la relación clínica, que es la que acoge y responde mejor a la petición de la persona enferma. Si la sociedad confía en el buen hacer de la profesión y le encomienda algo tan excepcional como causar la muerte de una persona, debemos ser consecuentes y abstenernos de perturbar esa relación. La actitud compasiva del médico, que le predispone a atender la petición de quien sufre, precisa del conocimiento y del convencimiento de la coherencia de sus principios y valores, pero también de una buena dosis de coraje. No solo para llevar a cabo la acción sino para sostener el compromiso con la persona enferma de acompañarle en todo el proceso sin traicionar su voluntad.¹⁸

En todo caso, y ante cualquier duda, el médico responsable puede pedir consejo al Comité de Ética Asistencial (CEA), un consejo no vinculante pero que

tiene el valor de testimoniar la voluntad del profesional de querer actuar correctamente. Proceder de acuerdo con las recomendaciones del CEA no exime de la responsabilidad ante la ley pero tiene el valor de haber actuado siguiendo la recomendación de los expertos en una circunstancia poco frecuente y compleja.¹⁹

A modo de conclusión

Diez años después, la recomendación de despenalizar la eutanasia y el suicidio asistido en las condiciones que detalla el informe continúa estando vigente. En primer lugar porque, a pesar de la aceptación social de dichas prácticas,²⁰ estas continúan siendo calificadas como delitos en el Código Penal. Nuestros legisladores, como en su momento hicieron con Ramón Sampedro, siguen mirando hacia otro lado. Y en segundo lugar, por la consistencia de los argumentos y la prudencia de las recomendaciones que en su momento no abordaron la conveniencia de extender dichas prácticas a la persona menor y a la persona incompetente. Como concluye el informe, «hay que promover el debate social sobre estas cuestiones y dar la información necesaria para que las personas puedan ejercer su autonomía sin miedos».

Bibliografía

1. Comitè Consultiu de Bioètica de Catalunya. Informe sobre la eutanasia y el suicidio asistido. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departament de Salut; 2006. Disponible en: http://comitebioetica.cat/wp-content/uploads/2012/02/repositori_eutasui.pdf.
2. Van der Helde A, Deliëns L, Faisst K, et al. End-of-life decision-making in six european countries: descriptive study. *The Lancet*. 2003; 362(9381): 345-350.
3. AA.VV. Una mirada a la història de l'Associació DMD. Barcelona: Associació Dret a Morir Dignament; 2015.
4. Morlans M, Abel F, editores. La atención hospitalaria al enfermo moribundo. *Quadern CAPS*. 1995; 23: 5-109.
5. Gafo J. La eutanasia. El derecho a una muerte humana. Madrid: Temas de hoy; 1989.
6. Gafo J. El debate ético y legal sobre la eutanasia. *Quadern CAPS*. 1995; 23: 91-93.
7. Gafo J. Eutanasia y ayuda al suicidio: mis recuerdos de Ramón Sampedro. Bilbao: Desclée de Brouwer; 1999.
8. Observatori de Bioètica i Dret. Documento sobre la disposición de la propia vida en determinados supuestos: declaración sobre la eutanasia. Barcelona: Parc Científic de Barcelona; 2003. Disponible en: <http://www.publicacions.ub.edu/refs/observatoriBioEticaDret/documents/07902.pdf>.
9. Institut Borja de Bioètica. Declaració vers la possible despenalització de l'eutanàsia. Disponible en: http://www.ibbioetica.org/cat/contenidos/PDF/Document_eutanasia_CAT.pdf.
10. Op cit 1.
11. Kant I. Fundamentación de la metafísica de las costumbres. Madrid: Tecnos; 2005.
12. Nino CS. Ética y derechos humanos. Un ensayo de fundamentación. Barcelona: Ariel; 1989.
13. Macklin R. Dignity is a useless concept. *BMJ*. 2003; 327: 1419-1420. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC300789>.
14. Hottois G. ¿Qué papel tiene el principio de dignidad en la toma de decisiones? En: Boladeras M, editora. Bioética: la toma de decisiones. Cànoves i Samalús: Proteus; 2011. pp. 17-48.
15. Op cit 14.
16. Gomez-Batiste X, Martínez Muñoz M, Blay C, et al. Projecte NECPAL CCOMS-ICO: Identificació i atenció integral-integrada de persones amb malalties cròniques avançades en serveis de salut i socials. Centre

col-laborador de l'OMS per a programes públics de cures pal·liatives. Institut Català d'Oncologia (www.iconcologia.net).

17. López Aranguren JL. Calidad de vida, calidad de muerte. Quadern CAPS. 1990; 14: 67-68.
18. Broggi MA. Per una mort apropiada. Barcelona: Edicions 62; 2011.
19. Montero F, Morlans M. Para deliberar en los comités de ética. Barcelona: Fundació Dr. Robert; 2009. Disponible en: <http://salut-envelliment.uab.cat/publicacions/docs/comitesdeetica.pdf>.
20. Castro C. Un 60 por ciento de los españoles están a favor de la eutanasia. Barcelona: La Vanguardia, 18-8-2010. Disponible en: <http://www.lavanguardia.com/vida/20100828/53991448486/un-60-por-ciento-de-los-espanoles-estan-a-favor-de-la-eutanasia.html>.

Posicionamiento de los profesionales de cuidados paliativos

Montse Puig

Enfermera de cuidados paliativos

Los profesionales del ámbito de los cuidados paliativos (CP), del que formo parte y al que me siento profundamente vinculada, se han mostrado en general reticentes o directamente contrarios a la regulación de la eutanasia y el suicidio asistido.

Aunque no es una postura monolítica ni estática (en paralelo a la evolución social, también ha habido aquí una progresiva aceptación con respecto a una regulación de la eutanasia), sorprende la firmeza y la casi unanimidad de este posicionamiento en un colectivo que precisamente tiene como eje central de su actividad el respeto de los valores, preferencias y creencias, de la autonomía en definitiva, de las personas enfermas. Quizá por eso mismo, su reticencia u oposición se ha centrado más en las eventuales consecuencias que conllevarían la regulación de la eutanasia y del suicidio asistido que en cuestionar la conducta eutanásica o suicida en sí misma.

Se trata de un discurso en el cual se esgrimen argumentos que obvian la discusión básica relativa al derecho a gobernar y a decidir sobre nuestra propia existencia o sobre el hecho de que el indiscutible derecho a la vida que tenemos todos no se puede acabar convirtiendo para algunas personas en una condena o en una obligación impuesta desde criterios y valores que no compartan.

No obstante, algunos de estos argumentos merecen ser contemplados con atención y ser sopesados, ya sea para rebatirlos o para introducir matices que puedan ser útiles al debate:

1. La legalización de la eutanasia y del suicidio asistido conllevaría que se pusieran en marcha mecanismos de presión –sutil o directa– sobre las personas vulnerables y dependientes que les conducirían a pedir una anticipación de la muerte para dejar de ser una carga.

Es una realidad que una de las cosas que peor vivimos las personas que sufrimos enfermedades que implican dependencia, es precisamente la pérdida de autonomía funcional que comporta tener que depender de los demás y, en consecuencia, el hecho de ser una carga. Ahora no podemos entrar en ello, pero en general no tenemos mucha capacidad para hacer frente a este tipo de pérdida.

2. Antes de iniciar un debate sobre la eutanasia se debe garantizar una cobertura de CP de calidad para toda la población (lo que desafortunadamente no se da, ni es previsible que se dé en un futuro próximo).

Es también un hecho que a menudo el enfermo anticipa escenarios de dolores y sufrimientos que le generan mucha aflicción; pero si el equipo sanitario y las personas que lo cuidan consiguen trasladarle la percepción de un control razonable sobre estos hipotéticos escenarios, es posible que esta amenaza se convierta en una amenaza manejable. Y eso es así porque, cuando te sientes con recursos para hacer frente a una adversidad, el nivel de angustia y de sufrimiento baja. Ciertamente, vivir una enfermedad devastadora y sin expectativa de curación no siempre equivale a un sufrimiento sin sentido, pudiendo convertirse en una experiencia reparadora.

3. Se contraponen eutanasia y CP como conceptos antitéticos, de forma que si una persona recibe una atención paliativa adecuada y de calidad no pedirá la eutanasia.

También forman parte de la realidad los casos –pocos, pero los hay– en que a pesar de disponer de estos recursos e incluso teniendo percepción de control, a pesar de contar con un buen control de síntomas y el apoyo de un equipo de paliativos experto, la persona decide que hasta aquí hemos llegado, que ya basta.

Del contraste entre estas realidades y los argumentos esgrimidos contra la regulación de la eutanasia podemos deducir que:

1. Teniendo presente la grave dificultad que tenemos la mayoría para hacer frente a la pérdida de autonomía y la dependencia –que nos hace vulnerables–, llegado el momento de regular la eutanasia, se deberá extremar la cautela y afinar muy bien los mecanismos para detectar a las personas que no quieren realmente morir, sino que simplemente quieren dejar de ser una carga.

2. Respecto a la cuestión de proponer cualquier debate sobre la eutanasia hasta que toda la población tenga una cobertura de CP adecuada, la realidad –y esto se ha podido constatar– es que las peticiones de eutanasia disminuyen cuando se mejora la formación de los profesionales sanitarios en control de síntomas y en acompañamiento al enfermo.

Ahora bien, el hecho de que bajen las peticiones no significa que estas desaparezcan. Por tanto, no parece que tenga sentido esperar una implantación de recursos de CP suficientes para dar respuesta a todas las necesidades de paliación, cosa utópica, por otro lado, y más en la coyuntura en la que estamos inmersos, que lleva trazas de no mejorar.

3. Por último, la voluntad de contraponer los CP a la eutanasia, esto es, presentar los CP como la solución que erradicará la posibilidad de que alguien solicite la eutanasia, no se ajusta a la realidad. Es una contraposición falsa ya que CP y eutanasia no son excluyentes. Tampoco existe, por cierto, ninguna identidad entre CP y eutanasia, si bien –fruto de la confusión terminológica y conceptual– hay quien casi identifica una cosa con la otra, cuando no es así en absoluto.

En este punto, en defensa de la eutanasia o de los CP, alguien podría apelar a la dignidad. Sin embargo, no parece recomendable introducir tal concepto en este debate porque el término se utiliza de formas absolutamente divergentes y contradictorias entre sí, de manera que no solo no ayuda sino que ofusca el debate.

Quizá sería más apropiado apelar al respeto de las necesidades y demandas de las personas, como proponen expertos del campo de la filosofía y la bioética como Ramon Bayés o Margarita Boladeras. En definitiva, CP y eutanasia no son conceptos antitéticos, ni son excluyentes uno de otro, ni por supuesto son lo mismo.

La enfermera ante la petición de avanzar la muerte

Es importante puntualizar que, en el ámbito de los CP, más que de la respuesta de la enfermera, en realidad se trata de la respuesta de todo el equipo,

especialmente en el caso de equipos de atención domiciliaria (PADES), en los que se trabaja de modo interdisciplinario.

No siempre el paciente solicita la demanda a la enfermera; la persona puede optar por pedirlo al médico o a algún miembro del equipo. En todo caso, el hecho de que el enfermo escoja un interlocutor u otro ya es significativo. Cuando se lo pide a la enfermera –y no al médico– muy probablemente está tanteando el terreno; quizá tiene claro que no quiere pasar por según qué, o tal vez tiene mucho miedo, pero no tiene claro si está preparado para morir. Ha oído hablar de la eutanasia, pero posiblemente el contenido que él le pone a la palabra eutanasia no coincide con el que aquí se ha definido.

Por tanto, cuando una persona nos dice «yo quiero eutanasia» o simplemente «yo no quiero vivir más así», deberemos intentar explorar qué está pidiendo, qué le gustaría, qué le preocupa o qué es lo que le da miedo; deberemos concentrarnos en hacer preguntas al enfermo que le abran un espacio cómodo para poner palabras a lo que piensa y a lo que siente, así como darle el tiempo que necesite. Y cuando calle –porque está pensando–, miraremos de respetar su silencio para no estorbar su reflexión, su discurso interno.

Solo cuando él ha hablado, quizá podamos extender sobre la mesa nuestras cartas, por si alguna le puede servir: qué le podemos ofrecer nosotros como paliativistas, qué no le podemos garantizar (por ejemplo un control del cien por cien de las molestias que sufre o sufrirá), o tal vez la importancia de compartir con su familia la inquietud que tiene sobre el hecho de ser una carga...

Podemos también, entonces, cuando ya ha podido expresarse, proponerle la posibilidad de hablar con el médico. Hay enfermos que recogerán el guante y hablarán. Y habrá quien no: porque cuando exploremos qué hay detrás de la demanda de eutanasia; cuando escuchemos, cuando nos hagamos cargo del miedo y de la necesidad de gobernar su vida y su muerte; cuando ofrezcamos nuestra presencia, nuestros conocimientos y nuestra experiencia..., la persona quizá se relaje y deje de necesitar de forma perentoria una muerte preventiva, una muerte por lo que pueda venir. Así es como se resuelven la gran mayoría de peticiones de eutanasia que nos formulan nuestros enfermos.

Pero no siempre es así. Hay peticiones de eutanasia que no se diluyen ni con el apoyo más experto. Hay enfermos que han decidido llegar hasta un determinado punto y no ir más allá porque consideran inaceptables tales condiciones de vida. Y eso no es cuestionable ni admite valoraciones externas.

Obviamente, en esta situación se plantea un conflicto, puesto que implica un dilema entre acatar la ley y no satisfacer la demanda del paciente, o bien satisfacerla e incurrir en la ilegalidad. Lo que es seguro es que, sea cual sea nuestro posicionamiento, hay que ser honesto con el enfermo y plantearle cuáles son nuestros límites y qué le podemos ofrecer.

Un caso aparte: cuando la demanda de anticipar la muerte no proviene del enfermo

No es infrecuente que sea la familia quien pida interrumpir el proceso y anticipar la muerte. Habitualmente esto se da cuando el paciente ya no puede expresarse, cuando ya está en agonía; aunque a veces puede ser que aflore cuando la persona todavía tiene conocimiento y la familia lo pide sin que él esté presente.

Esto, que no tiene nada que ver con lo que aquí se está debatiendo, no es eutanasia. Poner fin a la vida del enfermo cuando él no lo ha pedido no es eutanasia ni es legítimo.

Es probable que detrás de estas demandas, entre otras cosas, esté el dolor del propio familiar, quien proyecta su sufrimiento en la persona que está muriendo (y que en ningún momento ha dicho que quiera acabar con su vida). Se trata de una situación de difícil gestión porque vivimos en una sociedad con un déficit claro en cuanto a la capacidad de tolerar el dolor, el sufrimiento o lo no estético.

Por otro lado, tenemos una imagen casi hollywoodiense del morir, una imagen idílica en la que no hay transición entre la enfermedad y la muerte. Y esto no funciona así. Sí que es cierto que hay un pequeño porcentaje de personas, inferior al 10%, que mueren de forma súbita sin hacer todo el proceso hasta

llegar a la agonía. Pero el resto, cuando tenemos una enfermedad fatal o una edad muy avanzada, entramos en un proceso de declive progresivo, más o menos rápido, más o menos lento, en el que vamos perdiendo la funcionalidad y cada vez somos más dependientes. Esto quiere decir que tarde o temprano necesitaremos ayuda para caminar, para vestarnos, para ducharnos o ir al lavabo, y que llegará un momento en que incluso la precisaremos para comer. Finalmente quedamos aislados y entramos en la recta final que desemboca en la agonía, que es un periodo que puede durar desde horas a algunos días.

El sufrimiento de la familia debe ser objeto de máxima atención y de intensa dedicación, pero el protagonista es el enfermo. Y si este está tranquilo, sin dolor y, sobre todo, no se ha pronunciado con claridad previamente, lo que no podemos hacer es anticipar su muerte con la finalidad de paliar el sufrimiento de quienes lo rodean, para lo cual es preciso poner en marcha otras estrategias.

Conclusiones

- En una futura regulación habrá que afinar mucho los instrumentos para detectar las peticiones que no corresponden a un deseo genuino de morir, protegiendo así a los más vulnerables.
- Paralelamente, la formación de pregrado de los profesionales de la sanidad debe incluir competencias básicas en cuidados paliativos y en comunicación terapéutica, indispensables a la hora de abordar con el enfermo cuestiones tan delicadas como la que nos ocupa.
- Los CP y la eutanasia no otorgan ni quitan dignidad. Los primeros palían lo que pueden una situación de dolor y sufrimiento mientras que la eutanasia es una posible y extrema expresión de la autonomía para dar respuesta a un deseo legítimo de una persona que es dueña y señora de su vida.
- Acceder a la petición de inducir la muerte a un enfermo por parte de personas que no son el propio paciente no es legítimo.
- Hacerse viejo o morir es igual de humano o de digno que nacer o crecer: forma parte de nuestra existencia.

Bibliografía

- Arnau J. L'entorn sanitari i l'ajuda a morir en els darrers 25 anys. Butlletí del Comité de Bioètica de Catalunya. 2015; 16. Disponible en: <http://canalsalut.gencat.cat/ca/detalls/butlletins/Butlleti-de-Bioetica-num-16>.
- Broggi MA, Llubí C, Trelis J. Intervención médica y buena muerte. Fundación Alternativas; 2006. Disponible en: http://fundacionalternativas.org/public/storage/laboratorio_documentos_archivos/xmlimport-DUHqv9.pdf.
- Chochinov HM, Wilson KG, Enns M, et al. Desire for death in the terminally ill. American Journal of Psychiatry. 1995; 152: 1185-1191.
- Güell E, Ramos A, Zertuche T, et al. Verbalized desire for death or euthanasia in advanced cancer patients receiving palliative care. Palliative and Supportive Care. 2015; 13(2): 295-303.
- Marín F. Cuidados paliativos en el siglo XXI: ¿Hacia el encarnizamiento paliativo? Resumen de la ponencia del 10-7-2008 en el seminario «Muerte digna, asistencia ante la muerte» de la UIMP, Santander.
- Morita T, Sakaguchi Y, Hirai K, et al. Desire for death and requests to hasten death of Japanese terminally ill cancer patients receiving specialized inpatient palliative care. Journal of Pain and Symptom Management. 2004; 27: 44-52.
- Morlans M. L'autonomia del pacient. L'assistència mèdica al final de la vida. Revista Fundació R. Campalans. 2004; 9.
- Tomás-Valiente C. Posibilidades de regulación de la eutanasia solicitada. Fundación Alternativas; 2005. Disponible en: <http://www.fundacionalternativas.org/laboratorio/documentos/documentos-de-trabajo/posibilidades-de-regulacion-de-la-eutanasia-solicitada>.

Eutanasia y suicidio asistido: una visión desde los cuidados paliativos

Miquel Domènech

Presidente de la Sociedad Catalano-Balear de Cuidados Paliativos

Introducción

De forma periódica, rebrota el debate social sobre la eutanasia y el suicidio asistido, seguramente porque nunca ha dejado de motivar a una parte de la sociedad y preocupar a la otra. Decimos social, más que sanitario, porque en la práctica clínica diaria no se ve como un hecho que se presente y preocupe habitualmente.

A pesar de ello, por un motivo u otro el debate está sobre la mesa desde hace años. En varios países de Europa y de América, la eutanasia y el suicidio asistido en determinadas condiciones está despenalizado y hay enfermos que se acogen a este derecho.

El objetivo de este artículo no es comentar todos los aspectos legales y éticos a favor y en contra relativos al tema que nos ocupa, pero sí dar la opinión que desde los CP podemos ofrecer para ayudar a enriquecer el debate.

Definición de los cuidados paliativos

Tomando de base la definición que hizo la OMS de los cuidados paliativos (CP), integrada en los estatutos de la Sociedad Catalano-Balear de Cuidados Paliativos, los CP o atención paliativa se basan en una concepción global, activa y viva de la terapéutica que comprende la atención de los aspectos físicos, emocionales, sociales y espirituales de las personas en situación de enfermedad terminal; siendo los objetivos principales el confort y la promoción de la dignidad y autonomía de los enfermos y de su familia, así como procurar

los medios terapéuticos, el control de síntomas, el apoyo emocional y la comunicación necesarios cuando estemos ante una enfermedad avanzada, progresiva, e incurable, sin posibilidades razonables de respuesta a un tratamiento específico o con una muerte previsible a medio y corto plazo, causada ya sea por un cáncer o cualquier otra enfermedad crónica y progresiva.

Los CP deben practicarse necesariamente por equipos con una perspectiva multidisciplinar que incluyan a profesionales sanitarios (médicos, enfermeras, asistentes sociales, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, psicólogos, religiosos, expertos en ética y otros) con actitudes adecuadas, formación y apoyo, y que establezcan lazos con personas de la comunidad (como los voluntarios). Estas prácticas deben difundirse y aplicarse a todos los niveles asistenciales (hospitales, domicilios, unidades específicas y centros específicos), con una buena conexión entre ellos, para promocionar el derecho de cualquier persona a recibir una asistencia adecuada y digna durante el proceso de morir.

Los objetivos básicos para conseguir una mejora progresiva en la calidad de la atención son la elaboración de principios y métodos terapéuticos, la investigación y su difusión a través de la educación y formación de los profesionales sanitarios, la sociedad y sus instituciones, promoviendo actitudes que combinen el carácter humanitario de la asistencia con unos conocimientos con bases científicas. Una buena asistencia a las personas en situación de enfermedad terminal es un buen índice del respeto por la dignidad humana de cualquier sociedad desarrollada, por lo que la Administración debería facilitar la adecuada financiación y organización de los recursos para hacerla posible.

Los CP afirman la vida y contemplan la muerte como un proceso normal que no aceleran ni aplazan; se proponen conservar la mejor calidad de vida posible hasta que acontezca la muerte.

¿En qué contexto bioético y clínico nos encontramos habitualmente los cuidados paliativos?

La complejidad de la atención sanitaria es creciente, provocada por la demografía, el envejecimiento de la población y la tecnificación y los conociemien-

tos cada vez mayores para tratarla, y está agravada por un contexto social donde los recursos son escasos. El documento de voluntades anticipadas, que podría ayudar a la familia y a los profesionales sanitarios a tomar la mejor decisión, todavía tiene una difusión muy limitada.

La práctica clínica asistencial plantea habitualmente unos retos éticos que, aunque pueden ser comunes a otras especialidades médicas, presentan unos rasgos muy marcados en los cuidados paliativos. Citaré algunos:

- **Proporcionalidad:** cualquier procedimiento terapéutico o diagnóstico aplicable a estos enfermos debe procurarles más bien que mal.
- **Futilidad:** aquel tratamiento o acto médico cuya aplicación está desaconsejada, ya sea porque es clínicamente ineficaz y no mejora el pronóstico, los síntomas ni las enfermedades intercurrentes del paciente, o bien porque de forma previsible producirá prejuicios personales, familiares, económicos o sociales desproporcionados con respecto al beneficio que se espera.
- **Limitación del esfuerzo terapéutico (LET):** toda actuación o decisión del médico o equipo terapéutico de limitar, retirar o no iniciar una determinada medida de apoyo vital, entendidas tales actuaciones como aquellas que pretenden retrasar el momento de la muerte.
- **Obstinación terapéutica:** la utilización de tratamientos que no tienen más sentido que la prolongación de la vida biológica del paciente.
- **Sedación paliativa:** es la administración deliberada de fármacos, en dosis y combinaciones necesarias, con la finalidad de reducir la conciencia de un paciente que padece una enfermedad avanzada o terminal tanto como sea preciso con objeto de aliviar adecuadamente uno o más síntomas refractarios, siempre, por supuesto, con su consentimiento explícito, implícito o delegado.

Una característica importante de la situación de los enfermos en fase avanzada de su dolencia y de la de sus familias, que muchas veces pasa desapercibida, es la «intangibilidad», es decir, todo aquello que les está pasando (padecimiento, angustia, depresión, duelo anticipado) que no es visible a ojos de quienes los rodean, y que en el trance en el que se encuentra el enfermo puede constituir el rasgo más notorio de su sufrimiento y del que padece el

entorno más cercano. De ahí la importancia de la formación y la experiencia en la detección y abordaje de todos estos aspectos.

Asimismo, la mayoría de los enfermos son frágiles, presentan una gran vulnerabilidad (física, emocional, cognitiva) y dependencia física. Estos tres factores debemos considerarlos muy seriamente a lo largo de la enfermedad, teniendo presente que hay que integrarlos en cualquier toma de decisiones que afecte al enfermo. Debemos ayudarle a tomar las decisiones que afecten a su salud y a su vida a pesar de que haya factores que lo puedan perturbar.

Es evidente que la práctica asistencial en el ámbito de los CP conllevará dilemas éticos frecuentes: de aquí, pues, la importancia de la formación en este campo y en el mecanismo de la toma de decisiones que deben tener los equipos asistenciales.

Recursos asistenciales de cuidados paliativos

La dotación de recursos públicos de atención paliativa en Cataluña ha sido muy grande desde finales de la década de 1980 hasta la actualidad (ver cuadro en la página siguiente). En este sentido, destaca el despliegue sectorizado a todas las regiones sanitarias y a los distintos circuitos asistenciales (hospitalario, socio-sanitario y domiciliario).

Cabe destacar también que desde 1990 hasta 1995 Cataluña formó parte de un plan piloto de la OMS de implementación territorial de los cuidados paliativos, un hecho que, como se ha visto, tuvo gran éxito. Asimismo merece la pena resaltar otros logros importantes, como la creación del Observatorio Qualy/CCOMS-ICO –un centro colaborador de la OMS para programas públicos de CP–, la implementación de los equipos de atención psicosocial (EAPS) de la Fundación La Caixa de apoyo a enfermos, familias y profesionales que desarrollan su tarea en procesos de fin de vida y, finalmente, las dos cátedras vinculadas al ámbito universitario: la cátedra de CP de la Universidad de Vic y la cátedra WeCare de la Universidad Internacional de Cataluña. Vemos, pues, como la preocupación por atender mejor los procesos de fin de vida en recursos y profesionales ha sido notable en nuestro país.

Región sanitaria	Camas de media estancia de CP	Camas de media estancia polivalentes (60% / 40%)	Unidades funcionales socio-sanitarias interdisciplinarias (UFISS) HOSPITAL		Equipos de evaluación integral ambulatoria (EAIA)		PADES (equipo de apoyo a domicilio)
			SP	Mixtas	SP	Poliv.	
Alt Pirineu y Aran	0	26	0	0	0	3	3
Lleida	23	0	2	0	1	1	5
Tarragona	28	30	2	2	1	4	7
Terres de l'Ebre	14	25	0	0	1	1	4
Girona	25	132	2	1	1	6	8
Catalunya Central	42	48	1	3	2	4	7
Barcelona	260	406	17	2	9	22	44
Total	392	668	24	8	15	41	78
Ratio por 100.000 habitantes	5,18	8,84					1,03

Fuente: Pla Director Sociosanitari. Departament de Salut.

Posición de consenso de la Asociación Europea de Cuidados Paliativos (EAPC)

En el último documento de expertos, publicado el 19 de noviembre de 2015, se comenta el respeto absoluto de las unidades de CP hacia cada persona y su autonomía. Asimismo, se considera que las solicitudes de eutanasia y suicidio asistido son complejas y que en ellas confluyen factores personales, psicológicos, espirituales, socio-culturales, económicos y demográficos.

Las peticiones de eutanasia y suicidio asistido deberían ser accesibles también a los equipos de CP con la finalidad de que un equipo de expertos pudiera abordar e intentar aliviar los diferentes aspectos del sufrimiento del enfermo.

La sedación paliativa puede ser una de las soluciones ante un padecimiento intenso persistente que no responda al tratamiento ofrecido por un equipo de expertos en cuidados paliativos.

En este sentido, es preciso distinguir con claridad entre la sedación paliativa y la eutanasia. A pesar de que muchas veces la aplicación de la sedación puede provocar o avanzar la muerte de un enfermo como efecto secundario, esta no es la finalidad que se busca. Muy al contrario, el objeto de la sedación es tratar un sufrimiento. El objetivo, las dosis de fármacos y los resultados esperados diferencian claramente la sedación de la eutanasia. La sedación no es un tratamiento etiológico que trate una enfermedad ni tampoco tiene como fin hacer desaparecer una vida biológica. Desde la óptica de los CP se considera que es un tratamiento más del arsenal terapéutico del que se dispone para intentar conseguir el confort de los enfermos.

La atención paliativa debe ser aplicada hasta el fin de la vida y por definición nunca es fútil. La eutanasia y el suicidio asistido no deben estar incluidos en la práctica de las CP: la eutanasia es un acto médico, no un tratamiento o una terapia.

La importancia y la función de los CP dentro del sistema sanitario se deben mantener en el caso de la legalización de la eutanasia. Teniendo presente el posible conflicto entre las disposiciones legales y los valores éticos de los profesionales sanitarios, hay que cuidar a los colectivos más vulnerables: pacientes frágiles, dementes, enfermos psiquiátricos y una especial atención a la población infantil.

Conclusión

En el marco social de unas generaciones de ciudadanos con nuevas maneras de actuar y pensar, los conflictos bioéticos estarán cada vez más presentes en la práctica clínica diaria. Se nos plantearán pues inéditos retos clínicos, asistenciales, sociales y bioéticos que no podremos obviar. Las autoridades sanitarias y los profesionales de la sanidad deberemos favorecer por tanto el hábito de que los ciudadanos cumplimenten el documento de voluntades anticipadas.

La eutanasia no forma parte de los CP, pero el deseo de avanzar la muerte de muchos de nuestros enfermos es un hecho que debemos afrontar cada día. Contrariamente a los partidarios de la eutanasia, el objetivo de los CP es escuchar el deseo de los enfermos y ofrecerles un acercamiento holístico con especial atención a los aspectos psicosociales y espirituales. En situaciones de desesperanza debemos favorecer una comunicación eficaz y un acompañamiento, a ellos y sus familias.

Desde los cuidados paliativos debemos afrontar el debate sin complejos.

Bibliografía

- Bátiz J, Loncan P. Problemas éticos al final de la vida. Guías médicas. SECPAL. Disponible en: <http://www.secpal.com/PROBLEMAS-ETI-COS-AL-FINAL-DE-LA-VIDA>.
- Comitè Consultiu de Bioètica de Catalunya. Informe sobre l'eutanàsia i l'ajuda al suïcidi. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. 2006.
- Institut Borja de Bioètica (Universitat Ramon Llull). Vers una possible despenalització de l'eutanàsia. Bioètica&Debat. 2005; 39.
- Organización médica colegial y SECPAL. Guía de sedación paliativa. 2011. Disponible en: https://www.cgcom.es/sites/default/files/guia_sedaccion_paliativa.pdf.
- Porta J, et al. Definición y opiniones acerca de la sedación terminal: estudio multicéntrico catalano-balear. Med Pal. 1999; 6: 108-115.
- Radbruch L, et al. Euthanasia and physician-assisted suicide: A white paper from the European Association for Palliative Care. Palliative Medicine. 2015; 1-13. Disponible en: <http://www.eapcnet.eu/LinkClick.aspx?fileticket=28Vb6OIn9SQ%3D>.
- Roy DJ, Rapin CH, EAPC Board of Directors. Regarding euthanasia. Eur J Palliat Care. 1994; 1: 57-59.
- SECPAL. Aspectos éticos de la sedación en cuidados paliativos. 2002. Disponible en: <http://www.unav.es/cdb/secpal4.html>.

Relación de participantes

- Miquel Domènech, presidente de la Sociedad Catalano-Balear de Cuidados Paliativos.
- Josep M. Esquirol, profesor de Filosofía de la Universidad de Barcelona.
- Jacqueline Herremans, presidenta de ADMD Belgium, abogada, miembro de la Comisión Federal de Control y Evaluación de la Eutanasia y miembro del Comité Asesor sobre Bioética de Bélgica.
- Fernando Marín, presidente de la Asociación Derecho a Morir Dignamente de Madrid.
- Màrius Morlans, Comitè de Bioètica de Catalunya.
- Montse Puig, enfermera de cuidados paliativos.
- Jérôme Sobel, presidente de Exit.
- Aycke O.A. Smook, cirujano oncólogo, médico del programa SCEN y presidente de Right to Die Europe.
- Josep Terés, presidente de la Comisión de Deontología del COMB.
- Carmen Tomás-Valiente, profesora titular de Derecho Penal de la Universidad de Valencia.

Títulos publicados

Cuadernos de Bioética

41. Eutanasia y suicidio asistido
40. *Ethical aspects of research with children*
39. Discapacidad, nuevos enfoques y retos éticos a la luz de la Convención de la ONU
38. Ética, salud y dispendio del conocimiento
37. Determinantes personales y colectivos de los problemas de la salud
36. Ética y altruismo
35. Treinta años de técnicas de reproducción asistida
34. Ética de la comunicación corporativa e institucional en el sector de la salud
33. Alcance y límites de la solidaridad en tiempos de crisis
32. Ética y salud pública en tiempos de crisis
31. Transparencia en el sistema sanitario público
30. La ética del cuidado
29. Casos prácticos de ética y salud pública
28. La ética en las instituciones sanitarias: entre la lógica asistencial y la lógica gerencial
27. Ética y salud pública
26. Las tres edades de la medicina y la relación médico-paciente
25. La ética, esencia de la comunicación científica y médica
24. Maleficencia en los programas de prevención
23. Ética e investigación clínica
22. Consentimiento por representación
21. La ética en los servicios de atención a las personas con discapacidad intelectual severa
20. Retos éticos de la e-salud
19. La persona como sujeto de la medicina
18. Listas de espera: ¿lo podemos hacer mejor?
17. El bien individual y el bien común en bioética

16. Autonomía y dependencia en la vejez
15. Consentimiento informado y diversidad cultural
14. Aproximación al problema de la competencia del enfermo
13. La información sanitaria y la participación activa de los usuarios
12. La gestión del cuidado en enfermería
11. Los fines de la medicina
10. Corresponsabilidad empresarial en el desarrollo sostenible
9. Ética y sedación al final de la vida
8. Uso racional de los medicamentos. Aspectos éticos
7. La gestión de los errores médicos
6. Ética de la comunicación médica
5. Problemas prácticos del consentimiento informado
4. Medicina predictiva y discriminación
3. Industria farmacéutica y progreso médico
2. Estándares éticos y científicos en la investigación
1. Libertad y salud

Informes de la Fundació

6. La interacción público-privado en sanidad
5. Ética y biología sintética: cuatro corrientes, tres informes
4. Las prestaciones privadas en las organizaciones sanitarias públicas
3. Clonación terapéutica: perspectivas científicas, legales y éticas
2. Un marco de referencia ético entre empresa y centro de investigación
1. Percepción social de la biotecnología

Interrogantes éticos

3. La subrogación uterina: análisis de la situación actual
2. Afectividad y sexualidad. ¿Son educables?
1. ¿Qué hacer con los agresores sexuales reincidentes?

Para más información: www.fundaciongrifols.org

FUNDACIÓ
VÍCTOR
GRÍFOLS
i LUCAS