



## DOSIER EL DERECHO A DECIDIR AL FINAL DE LA VIDA.

La libertad para decidir el final de nuestra existencia siempre ha sido uno de los temas tabús en nuestra sociedad. Desde Ramón Sampederro hasta Ángel y María José recientemente, hay muchas personas (enfermos y facultativos) que esperan que salga adelante una ley, que ahora mismo está en el Congreso, que ampare y proteja a las personas que deciden poner por voluntad propia fin a su vida.

Diciembre 2019



# Eutanasia. Situación legislativa en el mundo

## Fernando León Vázquez

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS San Juan de la Cruz. Pozuelo de Alarcón. Madrid. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad Francisco de Vitoria. Grupo Lex Artis. Somamfyc. Miembro del Comité de Ética Asistencial Dirección Asistencial Noroeste. Servicio Madrileño de Salud.

## Beatriz Ogando Díaz

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Casa de Campo. Madrid. Grupo de Trabajo de Bioética. Somamfyc. Miembro del Comité de Ética Asistencial Dirección Asistencial Noroeste. Servicio Madrileño de Salud.

## Santiago Álvarez Montero

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Vicedecano de Formación Integral y profesor de Humanidades Médicas. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad Francisco de Vitoria. Madrid. Miembro del Comité de Ética Asistencial Dirección Asistencial Noroeste. Servicio Madrileño de Salud.

### Puntos clave

- La eutanasia requiere del médico una acción deliberada, directa, solicitada voluntariamente, ante una situación de enfermedad con sufrimiento insoportable.
- En el suicidio médicamente asistido, el médico proporciona, a petición del paciente, los medios intelectuales o materiales para que pueda quitarse la vida cuando desee.
- Está autorizada en los Países Bajos, Bélgica, Luxemburgo, Suiza, Colombia y algunos estados de Estados Unidos, Canadá y Australia.
- En los Países Bajos se legalizó en 2002, sus formas de «terminación de la vida a petición» y «suicidio asistido» suponen un 4,5% del total de los decesos.
- Bélgica lo legalizó en 2002, no admite el suicidio asistido; por el contrario, Suiza solo permite esta forma, pues no considera la eutanasia como un acto médico.
- Todas las legislaciones promocionan el desarrollo de unos cuidados paliativos de calidad.
- Se admiten las instrucciones previas y la planificación anticipada de cuidados como formas de expresión anticipada de la voluntad de terminación asistida de la vida.
- Se respeta la objeción de conciencia de los profesionales.
- Antes de la eutanasia, otro médico independiente controla los requisitos; después de ella, debe comunicarse a una comisión que analiza el caso y da o no el visto bueno.
- El médico de familia debe garantizar el respeto a la voluntariedad (sin coacción), que reúne los requisitos legales y practicar la eutanasia con corrección técnica.

### Introducción

En pleno debate parlamentario sobre la posibilidad de legalización de la eutanasia en España, en este trabajo se repasa la situación de esta práctica en el mundo. El propósito es definir los términos e informar sobre los requisitos, los procedimientos, los sistemas de control, la experiencia y el papel de los médicos, en concreto de los médicos de familia, en los estados en los que se ha legalizado o despenalizado la eutanasia (tabla 1). No se defiende opción alguna en relación con la eutanasia o el suicidio asistido, sino que se aporta información útil para una deliberación sobre estas prácticas.

### Qué es y qué no es «eutanasia»

Etimológicamente, la palabra *eutanasia* significa «buena muerte»<sup>1</sup>, concepto que podría aplicarse a cualquier situación de fallecimiento en la que el curso natural de una enfermedad terminara con la vida sin sufrimiento. Hoy se circunscribe a la intervención sanitaria deliberada encaminada a poner fin a la vida de un paciente capaz, a petición expresa de este, cuando su situación clínica o bien es terminal, o bien ocasiona un sufrimiento inaceptable, tras haber agotado otras alternativas razonables.

Al ser un tema rodeado de un debate con posturas enfrentadas, es muy relevante definir con precisión el término y así asegurar que *todos hablamos de lo mismo*. Se adoptarán las definiciones propuestas por Miguel Melguizo, Pablo Simón y Beatriz Arriba<sup>2</sup>:

**Eutanasia:** actuación de un profesional sanitario que produce de forma deliberada la muerte de su paciente con

TABLA 1

**Cronograma de la legalización/  
 despenalización de la ayuda a morir**

Año	Estado	Eutanasia	SMA	Suicidio asistido
1918	Suiza			X
1997	Colombia <sup>a</sup>	X		
1997	Oregón (EE. UU.)		X	
2002	Países Bajos	X	X	
2002	Bélgica	X		
2009	Luxemburgo	X	X	
2009	Washington y Montana (EE. UU.)		X	
2013	Vermont (EE. UU.)		X	
2015	Canadá		X	
2015	Colombia <sup>a</sup>	X		
2016	Colorado y California (EE. UU.)		X	
2018	Hawái (EE. UU.)		X	
2019	Victoria (Australia)	X	X	

<sup>a</sup> En Colombia se despenaliza en 1997 y se regula en 2015. SMA (suicidio médicamente asistido).

una enfermedad irreversible, porque este se lo pide de forma expresa, reiterada, informada y capaz, por tener una vivencia de sufrimiento derivada de su enfermedad que experimenta como inaceptable, y que no se ha conseguido mitigar mediante otras intervenciones.

**Suicidio médicamente asistido:** actuación de un profesional sanitario mediante la que proporciona, a petición expresa y reiterada de su paciente capaz y con una enfermedad irreversible que le provoca un sufrimiento que experimenta como inaceptable y no se ha conseguido mitigar por otros medios, los medios intelectuales o materiales imprescindibles para que pueda terminar con su vida suicidándose de forma efectiva cuando lo desee.

Para que pueda ser calificado como «eutanasia», un caso debe reunir todas las siguientes características<sup>3</sup>:

1. **Activa.** La mera omisión de un acto, salvo que se trate de un acto debido (obligatorio), no es eutanasia. La eutanasia requiere una determinada acción positiva. Debe desterrarse el término «eutanasia pasiva», que algunos confunden con la **limitación o adecuación del**

**esfuerzo terapéutico.** Esta nada tiene que ver con la eutanasia, y consiste en «retirar, ajustar o no instaurar un tratamiento cuando la situación clínica y el pronóstico de vida limitada así lo aconsejen»<sup>4</sup>; supone una buena práctica médica y es exigible deontológica y legalmente.

2. **Voluntaria.** De forma expresa, firme, reiterada y manifestada en condiciones de libertad, información y competencia suficiente. Se admiten formas *diferidas* de expresión de la voluntad, a través de la planificación anticipada de decisiones e instrucciones previas. También manifestaciones *tácitas* de la voluntad, mediante actos positivos que expresen indubitablemente una intención. Sin embargo, es discutible que esa voluntad la pueda manifestar un tercero en representación del paciente (por ejemplo, los padres en nombre del hijo) en ausencia de un elemento de expresión voluntaria del sujeto. No existe, por lo tanto, la «eutanasia involuntaria»: la producción de la muerte de alguien sin contar con su voluntad es una forma de *homicidio*.
3. **Directa.** La acción realizada busca como finalidad principal acabar con la vida y el sufrimiento del paciente. Si la acción tiene otro objetivo, por ejemplo, el control de síntomas como el dolor (*sedación paliativa*), aunque acorte secundariamente la vida, no es eutanasia. Estas intervenciones con «doble efecto» forman parte de la buena práctica profesional y son exigibles en determinadas situaciones clínicas<sup>4</sup>. No existe, por lo tanto, la mal llamada «eutanasia indirecta».
4. **Indicada y realizada por uno o más médicos o, en su defecto, realizada por profesionales sanitarios cualificados,** idealmente con relación asistencial con el paciente, pero reconociendo el derecho a la objeción de conciencia de los profesionales. La *intervención de un lego* para facilitar la muerte de un enfermo a su solicitud es *cooperación al suicidio*, no eutanasia.
5. **El ámbito de la eutanasia es la enfermedad:** una situación de padecimiento físico o psíquico intolerable, que no puedan ser atenuado por actuaciones convencionales, o bien una patología incurable (terminal o no) y discapacitante. No existe eutanasia fuera del contexto de la enfermedad. La colaboración activa para terminar con la vida de una persona *sana* atendiendo a su voluntad se tipifica como *cooperación o auxilio al suicidio*.

El término «eutanasia» sin adjetivar se refiere exclusivamente a la acción directa, solicitada voluntariamente, practicada por un médico ante una situación de enfermedad.

**El debate: argumentos a favor y en contra**

Quienes se posicionan a favor del derecho a la eutanasia fundamentan su postura en algunos de estos principios:

- **Dignidad** inalienable de las personas en su toma de decisiones, tanto en la vida como en el proceso de morir.

- **Autonomía.** La capacidad de autogobernarse, hasta el punto de determinar el cómo y cuándo morir, es irrenunciable.
  - **Respeto** a las decisiones íntimas y personalísimas, tanto para las personas que solicitan ayuda para morir como para las que no. La despenalización (con garantías suficientes) no obliga a nadie a solicitar ayuda para morir. Si se respeta la decisión personal de limitar o suspender tratamientos que ya no aportan confort ni calidad de vida, se debería respetar igualmente la decisión de adelantar la muerte esperada.
  - **Libertad y disponibilidad de la vida.** La vida es un bien del que cada persona es titular y del que puede disponer cuando el sufrimiento supera las posibilidades de ser soportado, aun con los mejores cuidados paliativos (no son una opción excluyente).
  - **Libertad de conciencia.** Cualquier estado aconfesional, respetando la objeción de conciencia individual de los profesionales, debe rechazar que se imponga desde una parte de la sociedad una determinada interpretación religiosa de la vida como sagrada, que impida la ayuda a morir.
  - Existe el derecho a la protección de la vida; pero no una **obligación de vivir** a cualquier precio. La **calidad** de vida es más importante que la cantidad, el **sufrimiento** es prescindible e indeseable.
  - No tiene necesariamente que ser considerado un **acto médico**. Se puede ofrecer ayuda a morir sin intervención médica directa.
  - **Confianza** en el cuidado integral y el no abandono, ofreciendo la respuesta última al alivio del sufrimiento extremo si el paciente lo demanda. Hay médicos que se muestran partidarios de la ayuda a morir en casos concretos.
  - La ayuda a morir pretende **evitar tanto el encarnizamiento** terapéutico como el **prolongar la agonía** de forma cruel e innecesaria.
  - La ayuda a morir no excluye **la mejor intervención paliativa** disponible. Se puede entender como el **último escalón** de unos cuidados paliativos inclusivos y respetuosos. Se sabe que los mejores cuidados paliativos **no resuelven todos los casos**.
  - Aunque las peticiones de ayuda a morir sean escasas, existen otras leyes que amparan los **derechos de las minorías**.
- **Motivos económicos.** En un contexto de recursos limitados la ayuda a morir podría responder a intereses economicistas del sistema sanitario o de las familias.
  - La ayuda a morir crearía una cultura tendente a frenar la implicación tanto científica como asistencial de algunos profesionales de la salud en la atención a enfermos sin posibilidad de tratamiento curativo que requieren muchos recursos.
  - Algunas decisiones autónomas deben tener **límites** legales y morales, si es que pueden contribuir a un deterioro de la vida social.
  - Las personas pueden decidir poner fin a su vida; pero no se puede exigir por ley que un **tercero** les ayude a ello.
  - **No es un acto médico.** Ningún médico debería ayudar a morir a ningún paciente en ningún caso, pues es **contrario a la deontología médica**.
  - **Riesgo de «pendiente resbaladiza».** Si las garantías no son suficientes, con una aceptación social cada vez mayor, podría terminar eliminándose a personas no productivas, o cuyo cuidado fuera costoso, generando una desprotección de los más vulnerables.
  - La legislación de la ayuda a morir genera una cultura en la que las poblaciones vulnerables se sienten como una carga social, provocando una presión moral, social o **efecto llamada** para ese tipo de enfermos.
  - La **optimización de los cuidados paliativos** reduciría al mínimo las peticiones de ayuda a morir, haciéndolas excepcionales.

## Situación en los Países Bajos

El modelo holandés es pionero en el reconocimiento de la eutanasia para sus ciudadanos. Nos extenderemos en este modelo por su mayor experiencia y su regulación actualizada. El proceso de legalización nació en 1973, cuando el Tribunal de Leeuwarden absolvió a la doctora Postma por un caso de eutanasia<sup>5</sup>, poniendo de manifiesto una práctica tolerada al margen de la ley. A partir de entonces se inició una reflexión colectiva, en la que participaron de forma activa los profesionales a través de la Real Asociación Médica Holandesa, que en 1984 publicó los criterios médicos para la práctica de la eutanasia.

Este proceso propició la aprobación parlamentaria de la Ley de terminación de la vida a petición y de ayuda al suicidio (Procedimientos de Revisión), en vigor desde abril de 2002, revisada en 2007 y 2012. La norma se completa con un manual práctico elaborado por los Comités Regionales de Revisión de la Eutanasia, el último de 2018<sup>6</sup> (la versión del anterior código de 2015 está disponible en español<sup>7</sup>).

El sistema legal vigente es el de *despenalización*. Los artículos 293 y 294 del Código Penal castigan con penas de hasta 12 años a quien quite la vida a alguien atendiendo a

Quienes se **oponen** a la eutanasia destacan estos principios:

- La vida humana tiene un **valor** tal (como valor en sí mismo y como soporte de otros valores) que no se debe vulnerar (o eliminar) de forma activa. La legislación contempla tradicionalmente el **derecho a la vida**, no el derecho a la muerte.
- **Confianza.** La ayuda a morir involucra a sanitarios, que la sociedad vincula al cuidado de las personas, no a su eliminación. Ello deteriora la confianza de la sociedad en los profesionales.

TABLA 2

### Obligaciones del médico holandés que accede a practicar la eutanasia<sup>6</sup>

1. Estar convencido de que la solicitud del paciente es voluntaria y reflexionada
2. Estar convencido de que el sufrimiento del paciente es insoportable, sin perspectivas de mejora
3. Haber informado al paciente sobre su situación y su pronóstico
4. Haber llegado a la conclusión, junto con el paciente, de que no hay una alternativa razonable en su situación
5. Haber consultado al menos a otro médico independiente, que debe ver al paciente y dar una opinión por escrito sobre si se han cumplido los criterios de atención referidos
6. Realizar una asistencia médica y una atención técnicamente correctas para poner fin a la vida del paciente o ayudarlo a suicidarse

su petición; sin embargo, **no es punible** cuando se dan determinados requisitos (tabla 2):

- **Voluntario:** el médico debe llegar al convencimiento de que no existen amenazas o coacción (factor externo) especialmente de los familiares encargados del cuidado del enfermo, y de que la voluntad está bien fundamentada. Los comités recomiendan al médico tener una entrevista a solas con el paciente cuando haya sospechas.
- **Competencia:** el paciente es capaz de comprender la información sobre su situación, pronóstico y alternativas. Si la competencia (factor interno) fuera dudosa (demencia avanzada), se tienen en cuenta las voluntades anticipadas o se consulta con otro especialista.
- **Fundamentado:** el paciente reflexionará seriamente, apoyado en la información facilitada por el médico sobre su pronóstico y alternativas, y resueltas sus dudas. La solicitud debe ser coherente y persistente, pero no se exige que sea reiterada.
- **Mayor de 12 años.** Por encima de los 18 años de edad, la decisión le corresponde en exclusiva al paciente. Desde los 16 años, los padres son consultados, pero no se requiere su consentimiento. Entre los 12 y los 16 años de edad, la solicitud procederá del paciente y sus padres, que consentirán.
- **Expresa, pero no siempre escrita.** Puede ser verbal o incluso con gestos inequívocos. En ningún caso puede ser autorizada por un tercero, un familiar o un representante. Sin embargo, sí que pueden advertir al médico del deseo del paciente para iniciar una conversación al respecto.
- **Voluntad anticipada.** Se admite la declaración de voluntad anticipada, verbal o escrita, equivalente a las «instrucciones previas» en España. A través de esta declaración, el paciente refleja su deseo de terminar con su vida en determinadas circunstancias cuando, llegadas estas, no sea capaz de expresarse por sí mismo.

- Ocasionado por un **sufrimiento insoportable** y sin posibilidades realistas de mejora. Los cuidados paliativos se ofrecen como posibilidad alternativa. El sufrimiento puede ser tanto físico como psicológico, por un solo problema o por la suma de varios, por agotamiento vital o por la dependencia. No es un requisito que sea una enfermedad terminal, no se refiere a determinada expectativa de vida. Si el paciente está en coma y no es consciente de su sufrimiento, se prohíbe expresamente la eutanasia, salvo instrucción previa. También se prohíbe la eutanasia por «vida completada» en ancianos sin una perspectiva ilusionante de vida, pero sin una enfermedad o sufrimiento relevantes.
- **Sin alternativas razonables:** no necesariamente de curación, sino de alivio del sufrimiento, conforme al criterio consensuado del médico y el paciente. Una alternativa invasiva, prolongada o de resultados inciertos no se considera razonable, tampoco la sedación paliativa se considera como «alternativa».
- Realizado por un **médico:** se recomienda que sea el que atiende al paciente, idealmente su médico de familia, pero no es un requisito. Si otro médico practica la eutanasia, dispondrá antes de datos suficientes sobre la situación clínica, e informará posteriormente de la frecuencia y contenido de las conversaciones que tuvo con el paciente.
- **«Suicidio asistido» (SA) o «terminación de la vida a petición» (TVP).** Ambas modalidades son válidas, según el fármaco sea autoadministrado (SA) o sea el médico quien lo administre (TVP). Nunca puede ser un tercero (familiar o amigo) quien lo haga. En ambos casos, el médico prescribe el tratamiento y supervisa el proceso de la agonía (el paciente puede pedir al médico que salga de la habitación, pero estará cerca por si debe intervenir).
- **Diligente:** el médico que practique la eutanasia deberá actuar técnicamente conforme a los criterios de la *bona praxis médica* en la terminación de la vida. Estos criterios están definidos y se refieren a los fármacos administrados, la dosis y la profundidad del coma inducido, y son establecidos por la Real Asociación Médica Holandesa y la Asociación Holandesa para el Progreso Farmacéutico.
- **Consultado:** el médico que va a practicar la eutanasia debe consultar con un **médico independiente** que debe ver al paciente y dar su opinión por escrito sobre el cumplimiento de los requisitos. Será independiente respecto del paciente (no puede tratarle, ni ser un familiar o un amigo médico) y respecto del médico consultante (no pueden trabajar en el mismo centro, ni ser familiares, ni tener dependencia jerárquica). Hay médicos con formación específica en materia de eutanasia, pero puede ser cualquier otro colega, incluso puede consultarse con varios. La opinión del médico independiente **no es vinculante**; si se realiza la eutanasia en contra de su criterio, se tendrá que justificar la decisión discrepante ante el comité.

- **Controlado:** no requiere una autorización judicial o administrativa previa, el control se realiza *a posteriori*. El control comienza informando inmediatamente al forense municipal, dado que no se trata de una muerte natural, que a su vez informa al Comité Regional de Supervisión. Si el Comité comprueba que se han satisfecho todos los requisitos, concluye la investigación. En caso contrario, puede pedir información adicional o incluso citar a los médicos para justificarse. Si persiste la duda, se informará a la Inspección Sanitaria y al Ministerio Fiscal para que investiguen al médico.

El papel del **médico de familia** es clave, ya que es quien trata al paciente de forma habitual, a menudo es quien recibe la petición, la evalúa y practica la eutanasia. También puede participar en calidad de médico independiente que analiza el caso a petición de un colega. Cuando el médico no quiera realizarla por motivos de conciencia, debe traspasar la solicitud junto con la historia clínica a otro colega que asuma la petición y reevalúe al paciente antes de practicar la eutanasia.

En 2016<sup>8</sup> se comunicaron 6.091 eutanasias, un 4% del total de fallecimientos en los Países Bajos. En 2017<sup>9</sup> se confirmó una tendencia al alza, con 6.585 casos (4,4% del total de fallecidos). Los comités estiman que existe una infranotificación.

Fueron un 51% hombres, un 77% mayores de 70 años, un 68% por cáncer, un 7% por enfermedades neurológicas degenerativas (párkinson, esclerosis múltiple, esclerosis lateral), un 5% por causas vasculares y un 3,5% por causas pulmonares<sup>8</sup>. El suicidio asistido fue minoritario (3,5%), el resto «terminación de la vida a petición». El médico de familia fue quien practicó un 85% de las eutanasias, un 80% a domicilio.

Los comités reconocen problemas con la admisión de solicitudes de menores (solo un caso en 2016, tres en 2017) y dificultades en la valoración de la capacidad en pacientes psiquiátricos (1% de las eutanasias practicadas), con demencia (2%), o con conciencia disminuida previamente a la solicitud. También tienen dificultades de valoración de los ancianos con varios síndromes geriátricos, pero sin ninguna patología médica relevante (4%), que podrían encuadrarse en los casos de «vida completada», sin cobertura legal para la eutanasia.

El control es posterior a la eutanasia. Un 80% no ofrecieron dudas de su legalidad (aceptación directa); el resto, unos 1.200, fue revisado por los comités por su complejidad o por falta de información<sup>7</sup>. En 77 casos (1,3%) fue necesaria una investigación adicional del comité, concluyendo que no se siguieron los requisitos legales en 10 casos (0,16%)<sup>8</sup>. En los últimos 5 años han sido juzgados cinco médicos por no cumplir los criterios legales establecidos.

## Situación en Bélgica

El debate surgió en fechas similares al holandés, avanzó de forma más lenta, pero en 1994 habían fracasado en el Parlamento ocho proyectos de ley de despenalización<sup>5</sup>. En 1997, el Comité Belga de Ética recomienda legislar esta materia. La eutanasia era una práctica habitual no legislada, estimada en un 1,3% de los fallecimientos en la región de Flandes<sup>10</sup>. El largo debate culminó en mayo de 2002 con la aprobación simultánea de tres normas: Ley de Derechos de los Pacientes, Ley de Cuidados Paliativos y Ley de Eutanasia. Esta última exigía unos requisitos para su práctica:

- **Voluntariedad:** procedente de un paciente consciente y capaz de expresarse, sin presiones externas.
- **Demanda actual o anticipada:** las instrucciones previas son admitidas como expresión válida de la voluntad si fueron redactadas hace menos de 5 años.
- **Por escrito:** si el paciente no puede firmar, lo hará un adulto en su lugar delante del médico. No basta que sea verbal.
- **Informada:** sobre esperanza de vida, posibilidades terapéuticas si existen, incluyendo los cuidados paliativos.
- **Reflexionada y reiterada:** el médico realizará varias entrevistas con el paciente, que podrá discutir la decisión con sus allegados, incluso puede autorizar al médico para que hable directamente con ellos.
- **Condicionada por un sufrimiento físico o mental** constante, insoportable e inabordable por otras vías.
- **Mayor de edad o menor emancipado.** En caso de menor no emancipado existen algunas restricciones:
  - Requiere el consenso del menor y sus padres.
  - No puede fundamentarse únicamente en el sufrimiento mental.
  - Debe consultarse con un psiquiatra o psicólogo infantil sobre la competencia para decidir.
  - No puede ser anticipada, ni basada únicamente en instrucciones previas.
- **Valorada por todo el equipo** que atiende al paciente, incluyendo enfermería.
- **Consultada con un médico independiente** del paciente y del médico tratante, que examinará al paciente, su historial, asegurándose de la gravedad, la constancia, y la imposibilidad de curación e insoportabilidad del sufrimiento.
- En el caso de pacientes no terminales (muerte no inminente), se consultará pasado un tiempo con un **tercer médico, también independiente**, psiquiatra o de la especialidad de la patología principal, que determinará la persistencia del sufrimiento insoportable y que la solicitud se mantiene. Debe transcurrir al menos 1 mes desde la petición escrita y la práctica eutanásica.
- Realizada **por un médico a petición**, no necesariamente el que le atiende de forma habitual. Al contrario que en los Países Bajos, **no se permite el suicidio asistido** (autoadministración de la droga letal).

- **Registrando** en la historia clínica cada paso. Se certifica como «muerte natural», surtiendo efectos civiles y de seguros de vida.
- **Comunicada posteriormente** antes de 4 días de practicada a la Comisión Federal de Control y Evaluación de la Eutanasia, para que confirme que se han cumplido todos los requisitos legales. En caso contrario, se dará parte a la fiscalía.
- Se reconoce el derecho a la **objeción de conciencia del profesional**. El médico comunicará sus razones al paciente o representante, lo reflejará en la historia clínica y se la cederá al colega que escojan.

En 2017<sup>11</sup> se comunicaron 2.309 eutanasias, un 2,1% del total de fallecimientos en Bélgica, cifras superiores a las de 2016 (2.029); la mayoría (78%) procedieron de Flandes, el resto en la zona francófona. Fueron un 51% hombres, un 65% mayores de 70 años, hubo un solo caso de un menor. Las enfermedades fueron: cáncer (61%), enfermedades neurológicas degenerativas (19%), vasculares (3,4%), pulmonares (3%), psiquiátricas (1,7%) y por pluripatología (19%). No eran situaciones terminales un 16% de los casos.

La voluntad se dedujo de instrucciones previas en una minoría de casos (1,4%). No hay datos de qué especialidad tenían los médicos tratantes; sin embargo, un 35,5% de los médicos independientes fueron médicos de familia. Un 45% falleció en su domicilio.

En la evaluación de los casos declarados, la Comisión aceptó directamente un 76,3% de los casos, para un 23,7% hubo que vulnerar el anonimato del comunicante para solicitarle información adicional por imprecisiones en el registro o interpretación errónea. Tras su análisis, solo un caso se consideró ilegal, porque faltaba la voluntad expresa del fallecido.

## Situación en Suiza

El artículo 115 del Código Penal suizo<sup>12</sup>, desde 1918, solo considera delito el suicidio asistido si la motivación fue egoísta; sin embargo, el auxilio al suicidio por motivos altruistas es impune. Entre los requisitos no se exige la participación de un médico, ni que el paciente sea terminal.

La eutanasia practicada por un **médico no está permitida** en Suiza, al contrario que en Bélgica y los Países Bajos. La Academia Suiza de Ciencias Médicas señala que el suicidio asistido «no forma parte de la práctica médica». Algunos médicos en Suiza son contrarios a ayudar al suicidio, por lo que hay hospitales que no ofrecen esta posibilidad. Se reconoce la importancia de los cuidados paliativos, que todavía no están extendidos a toda la población.

Las tasas de suicidio asistido no se recogen oficialmente. Las asociaciones que ayudan al suicidio identifican alrededor de 1.800 peticiones anuales, reduciéndose la

cifra de suicidios asistidos a unos 300 anuales, un 0,45% del total de las muertes en Suiza.

## Situación en Luxemburgo

La eutanasia y el suicidio médicamente asistido se legalizaron en el año 2009<sup>13</sup>, para pacientes adultos, capaces de tomar decisiones autónomas, con enfermedades incurables y terminales que les causen sufrimiento físico o psicológico constante e insoportable y sin posibilidad de alivio<sup>14,15</sup>.

El paciente lo solicita a través del documento de instrucciones previas, denominado «Disposiciones para el final de la vida», registrado de forma obligatoria y evaluado por la Comisión Nacional de Control y Evaluación. Esta será informada en un plazo máximo de 8 días tras el fallecimiento. El médico debe consultar con otro experto independiente, con el equipo de salud del paciente y con un representante designado por el paciente.

El médico de confianza del paciente es el encargado de realizarla; de ellos, un 17% fueron médicos generalistas<sup>16</sup>.

Entre 2009 y 2016 hubo 51 casos de muerte asistida<sup>16</sup>: 50 peticiones de eutanasia y una de suicidio asistido, algunos en su propio domicilio. La mayoría eran mayores de 60 años, y como causa fue mayoritario el diagnóstico de cáncer.

## Breve repaso a países no europeos<sup>17</sup>

- Estados Unidos. El suicidio médicamente asistido en mayores de 18 años con enfermedad terminal y pronóstico de vida inferior a 6 meses está despenalizado en siete estados de Estados Unidos<sup>18</sup>: Oregón (1997), Washington (2009), Montana (2009), Vermont (2013), Colorado (2016), California (2016) y Hawái (2018).
- En 2015, Canadá derogó la prohibición de la eutanasia y el suicidio asistido<sup>19</sup>, comenzando por Quebec (donde no se exige determinada esperanza de vida). En 2016, el Colegio de Médicos de Ontario publicó las «Directrices provisionales para la muerte asistida».
- Colombia es el único país de América Latina donde está permitida la eutanasia<sup>20</sup>, pero no el suicidio asistido. Se despenalizó en 1997 y se reguló en 2015.
- Australia. En la región de Victoria entrará en vigor el 19 de junio de 2019 para mayores de 18 años con una esperanza de vida entre 6-12 meses, en forma de eutanasia o suicidio médicamente asistido<sup>21</sup>.

## Conclusiones

A fecha de hoy, una minoría de estados ha despenalizado la eutanasia. Se establecen procedimientos que buscan ser garantistas y transparentes (salvaguardando la intimidad): intentan asegurar la voluntariedad, la competen-

cia en la decisión, la ausencia de alternativas al sufrimiento insoportable, la decisión compartida con otro médico y el control posterior a la práctica de la eutanasia.

La legislación sobre la eutanasia coincide con un esfuerzo por garantizar el acceso a los cuidados paliativos de calidad y con el respeto a la objeción de conciencia profesional. Donde la eutanasia está aprobada se ha convertido en práctica habitual, sin apenas conflictividad penal.

En los países en los que se ha despenalizado la eutanasia el papel del médico de familia consiste en asegurar el cumplimiento de los requisitos, discutir las opciones con el paciente, la familia y el equipo asistencial y, llegado el caso, proporcionar la muerte a petición del paciente.

El compromiso del médico de familia con el paciente alcanza también el final de su vida, como culminación de la longitudinalidad y atención integral características de la Atención Primaria. Debe estar atento para mitigar el sufrimiento, ofreciéndole siempre cuidados paliativos de calidad, y planificar con él decisiones sobre actuaciones y procedimientos. En los estados citados se incluye como opción legal que el médico de familia pueda tomar en consideración la práctica de la eutanasia.

## Resumen

En el debate sobre la ayuda a morir es fundamental definir los términos «eutanasia» y suicidio médicamente asistido. Existe un amplio consenso en: la necesidad de que los cuidados paliativos sean accesibles y de calidad, la adecuación del esfuerzo terapéutico en cada caso, y el acceso a la sedación paliativa. Sin embargo, se mantienen opiniones éticamente bien fundamentadas en sentidos opuestos sobre la posibilidad de la eutanasia. Los casos más próximos son los Países Bajos, Bélgica, Luxemburgo y Suiza, con una historia breve, pero con amplio recorrido (1 de cada 25 fallecidos en los Países Bajos en 2016).

Entre los requisitos compartidos, están la valoración de la capacidad o competencia, la información previa, la voluntariedad libre de presiones externas o internas, la admisión de las instrucciones previas como expresión anticipada de la voluntad, la existencia de una enfermedad que genera sufrimiento insoportable sin otras alternativas razonables, la participación de dos médicos, uno de ellos independiente, y la creación de comisiones de control de la eutanasia *a posteriori*. No se admite en ningún caso el homicidio (aunque fuera por compasión). Se respeta la objeción de conciencia de los profesionales.

Entre las diferencias, destaca la exigencia o no de documento escrito, la edad a partir de la cual puede practicarse y su forma de realización, por un médico (eutanasia)

o por el propio sujeto asesorado por un médico (suicidio médicamente asistido).

## Lecturas recomendadas

- Parreiras Reis de Castro M, Cafure Antunes G, Pacelli Marcon LM, Silva Andrade L, Rückl S, Ângelo Andrade VL. Eutanasia y suicidio asistido en países occidentales: una revisión sistemática. *Rev Bioét.* [Internet.] 2016;24(2):355-67. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422016242136>  
*Revisión sistemática (19 publicaciones entre 2005 y 2015) de la situación de la ayuda a morir en el mundo, leyes y criterios de cada país. Sin entrar en posicionamientos a favor o en contra, aclara los términos y sugiere posibles escenarios en países en los que estas prácticas aún no están admitidas (Brasil y Reino Unido).*
- Comités Regionales de Revisión de la Eutanasia (RTE). Código de Prácticas. [Internet.] 2015. Disponible en: <https://derechoamoris.org/wp-content/uploads/2018/09/2015-codigo-practicas-eutanasia-comites-regionales-pbajos.pdf>  
*Conjunto de recomendaciones prácticas dirigidas a los profesionales holandeses que reciben peticiones de muerte asistida, con consejos para asegurar que se cumplen los requisitos legales para su realización en situaciones de conflicto.*
- Melguizo Jiménez M, Simón Lorda P, Arriba Marcos B. Eutanasia y suicidio asistido. *AMF* [Internet.] 2015;11(7):384-91. Disponible en: [http://amf-semfyc.com/web/article\\_ver.php?id=1451](http://amf-semfyc.com/web/article_ver.php?id=1451)  
*Para repasar conceptos y reflexionar sobre aspectos éticos y legales no abordados en este artículo.*

## Bibliografía

1. Real Academia Española. Diccionario de la lengua española, [Internet.] 23.ª ed. Madrid: Espasa, 2014. Disponible en: <http://dle.rae.es/?id=H7n2lXw>
2. Melguizo Jiménez M, Simón Lorda P, Arriba Marcos B. Eutanasia y suicidio asistido. *AMF* [Internet.] 2015;11(7):384-391. Disponible en: [http://amf-semfyc.com/web/article\\_ver.php?id=1451](http://amf-semfyc.com/web/article_ver.php?id=1451)
3. Álvarez Montero S. Eutanasia, opciones al final de la vida y médicos de familia. *Aten Primaria.* [Internet.] 2009;41:405-10. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-su-mario-vol-41-num-7-X0212656709X75077>
4. Ley 4/2017, de 9 de marzo, de Derechos y Garantías de las Personas en el Proceso de Morir. [Internet.] Disponible en: [http://www.madrid.org/wleg\\_pub/secure/normativas/contenidoNormativa.jsf?opcion=VerHtml&nmnorma=9690&cdestado=P#no-back-button](http://www.madrid.org/wleg_pub/secure/normativas/contenidoNormativa.jsf?opcion=VerHtml&nmnorma=9690&cdestado=P#no-back-button)
5. Simón Lorda P, Barrio Cantalejo IM. La eutanasia en Bélgica. *Rev Esp Salud Pública.* [Internet.] 2012;86 (1):5-19. Disponible en: [http://www.mscbs.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos\\_propios/resp/revista\\_cdrom/vol86/vol86\\_1/RS861C\\_5.pdf](http://www.mscbs.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/vol86/vol86_1/RS861C_5.pdf)
6. Comités Regionales de Revisión de la Eutanasia (RTE). Euthanasiecode 2018: Código de Práctica de la Eutanasia. [Internet.] Abril 2018. Disponible en: <https://www.euthanasiecommissie.nl/de-toetsingscommissies/euthanasiecode>
7. Comités Regionales de Revisión de la Eutanasia (RTE). Código de Prácticas. [Internet.] 2015. Disponible en: <https://derechoamoris.org/wp-content/uploads/2018/09/2015-codigo-practicas-eutanasia-comites-regionales-pbajos.pdf>
8. Comités Regionales de Revisión de la Eutanasia (RTE). Annual report. [Internet.] 2016. [Internet.] Disponible en: [https://english.euthanasiecommissie.nl/binaries/euthanasiecommissie-en/documents/publications/annual-reports/2002/annual-reports/annual-reports/RTE\\_annual\\_report\\_2016.pdf](https://english.euthanasiecommissie.nl/binaries/euthanasiecommissie-en/documents/publications/annual-reports/2002/annual-reports/annual-reports/RTE_annual_report_2016.pdf)
9. Comités Regionales de Revisión de la Eutanasia (RTE). Jaarverslag. [Internet.] 2017. Disponible en: <https://www.euthanasiecommissie.nl/de-toetsingscommissies/uitspraken/jaarverslagen/2017/mei/17/jaarverslag-2017>

10. Deliens L, Mortier F, Bilsen J, Cosyns M, Vander Stichele R, Vanoverloop J, et al. End-of-life decisions in medical practice in Flanders, Belgium: a nationwide survey. *Lancet*. [Internet.] 2000 Nov 25;356(9244):1806-11. Disponible en: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(00\)03233-5/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(00)03233-5/fulltext)
11. Commission fédérale de Contrôle et d'Évaluation de l'Euthanasie. Huitième rapport aux Chambres législatives années 2016-2017. [Internet.] Disponible en: [https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/sites/default/files/documents/8\\_rapport-euthanasie\\_2016-2017-fr.pdf](https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/sites/default/files/documents/8_rapport-euthanasie_2016-2017-fr.pdf)
12. Hurst SA, Mauron A. Assisted suicide and euthanasia in Switzerland: allowing a role for non-physicians. *BMJ*. 2003;326(7383):271-3.
13. Castro MPR de, Antunes GC, Marcon LMP, Andrade LS, Rückl S, Andrade VL. Eutanásia e suicídio assistido em países ocidentais: revisão sistemática. *Rev Bioét*. 2016;24(2):355-67.
14. Dyer O, White C, García Rada A. Assisted dying: law and practice around the world. *BMJ*. 2015;351:h4481.
15. Ministère-Direction de la Santé. Luxembourg. Fin de vie [Internet]. Disponible en: <http://www.sante.public.lu/fr/droits/fin-vie/index.html>
16. Ministère-Direction de la Santé. Luxembourg. Suicide CN de C et d'Évaluation de la loi du 16 mars 2009 sur l'euthanasie et l'assistance au. Quatrième rapport de la loi du 16 mars 2009 sur l'euthanasie et l'assistance au suicide (années 2015 et 2016). [Internet.] Disponible en: <http://www.sante.public.lu/fr/publications/r/rapport-loi-euthanasie-2015-2016/index.html>
17. Parreiras Reis de Castro M, Cafure Antunes G, Pacelli Marcon LM, Silva Andrade L, Rückl S, Ângelo Andrade VL. Eutanasia y suicidio asistido en países occidentales: una revisión sistemática. *Rev Bioét*. [Internet.] 2016;24(2):355-67. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422016242136>
18. Death with Dignity National Center. [Internet.] Disponible en: <https://www.deathwithdignity.org>
19. Parlamento de Canadá. An Act to amend the Criminal Code and to make related amendments to other Acts (medical assistance in dying). [Internet.] Disponible en: <https://derechoamorir.org/wp-content/uploads/2018/07/Ley-Eutanasia-Canada.pdf> Disponible en inglés y francés: [https://laws-lois.justice.gc.ca/PDF/2016\\_3.pdf](https://laws-lois.justice.gc.ca/PDF/2016_3.pdf)
20. Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. Resolución 1216. 20 de abril de 2015. [Internet.] Disponible en: <https://derechoamorir.org/wp-content/uploads/2018/09/2015-ley-eutanasia.pdf>
21. Asamblea Legislativa del Parlamento de Victoria (Australia). Voluntary Assisted Dying Bill 2017. [Internet.] Disponible en: [http://www.legislation.vic.gov.au/Domino/Web\\_Notes/LDMS/PubStatbook.nsf/f932b66241ecf1b7ca256e92000e23be/B320E209775D253CCA2581ED00114C60/\\$FILE/17-061aa%20authorised.pdf](http://www.legislation.vic.gov.au/Domino/Web_Notes/LDMS/PubStatbook.nsf/f932b66241ecf1b7ca256e92000e23be/B320E209775D253CCA2581ED00114C60/$FILE/17-061aa%20authorised.pdf)

## ¿Debo leer este número?

Respuestas correctas			
1.	V	11.	F
2.	F	12.	V
3.	F	13.	V
4.	F	14.	V
5.	V	15.	V
6.	F	16.	F
7.	V	17.	F
8.	V	18.	V
9.	F	19.	F
10.	F	20.	V

Si has fallado alguna de las preguntas, te recomendamos en función de tus respuestas, los siguientes artículos:

Preguntas	Artículos recomendados
1 y 2.	Síndrome del ovario poliquístico
3 a 5.	Último año en miscelánea clínica
6 y 7.	Ecografía clínica: cólico nefrítico
8 a 10.	Modificaciones de los estilos de vida y riesgo cardiovascular
11 a 13.	Eutanasia. Situación legislativa en el mundo
14 a 16.	«Me encuentro muy cansada»
17 a 19.	Utilización de los dispositivos supraglóticos para la vía aérea
20.	Atención a la cronicidad: el modelo basado en el sentido común



# Eutanasia y suicidio asistido

**Miguel Melguizo Jiménez**

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Almanjáyar. Distrito Sanitario Granada Metropolitano.

**Pablo Simón Lorda**

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Chauchina. CS Santa Fe. Distrito Sanitario Granada Metropolitano.

**Beatriz Arriba Marcos**

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Distrito Sanitario Granada Metropolitano.

### Puntos clave

- Eutanasia es una actuación sanitaria de demanda de acortamiento de la vida en un contexto de una enfermedad terminal o pronóstico fatal, sufrimiento extremo y ausencia de alternativa terapéutica eficaz.
- Suicidio médicamente asistido es la prestación por parte de un profesional sanitario de los medios materiales necesarios para acortar la vida en el mismo contexto que la eutanasia.
- Hay un debate jurídico acerca de cómo conciliar los preceptos constitucionales del derecho a la vida con el derecho a la dignidad personal, la libertad de conciencia y el ejercicio de la libertad.
- Armonizar, en la atención al final de la vida, autonomía y derecho a la vida exige un convencimiento de que ninguno de los dos valores es un derecho absoluto.
- En algunos países de la Unión Europea se está llegando a consensos básicos acerca de la legitimación de la sedación terminal, el rechazo a tratamiento, la limitación del esfuerzo terapéutico y el reconocimiento de las voluntades anticipadas y el representante legal.
- Los países despenalizadores de eutanasia y suicidio asistido reconocen que los problemas principales de aplicación de la norma radican en el «quién, bajo qué condiciones y con qué mecanismos de control».
- Es una necesidad inminente generalizar una atención óptima al final de la vida lo que implica una potenciación de los cuidados paliativos y un impulso en voluntades anticipadas y planificación anticipada de decisiones.
- Se necesitan muchos más estudios en España acerca del proceso de morir y de la calidad del proceso de atención al final de la vida.
- Pese al conflicto moral que se plantea, en una sociedad plural y aconfesional no puede sustraerse el debate social, político y profesional acerca de la atención al final de la vida.

- **Los médicos de familia somos protagonistas, por la relación de proximidad y el carácter longitudinal de nuestro trabajo, de todos los escenarios de atención al final de la vida.**

El último año ha estado marcado por nuevas iniciativas en el derecho internacional para el reconocimiento legal del derecho a decidir al final de la vida.

En Bélgica, se ha ampliado el derecho a la práctica de la eutanasia a menores de edad, sustituyendo el límite de edad de referencia por una evaluación de la madurez y la capacidad del menor. La legislación belga sobre eutanasia data de 2002 y en este caso se han ampliado los criterios para pacientes menores de edad (obligatoriedad de consentimiento de los padres, acreditación de sufrimiento físico incontrolable o verificación de pronóstico vital muy corto)<sup>1</sup>. El debate parlamentario fue transmitido en directo por medios de comunicación públicos.

En la provincia canadiense de Quebec, su Parlamento aprobó en 2014 la Ley de Cuidados al Final de la Vida<sup>2</sup>. Tras cuatro años de debates, un cambio de gobierno y un amplio debate social, fue aprobada esta ley que regula la aplicación de los cuidados paliativos y las condiciones exigibles a los médicos para poner fin a la vida de un paciente en el caso de situaciones de sufrimiento extremo o enfermedad incurable. Pero, todavía más importante que esta ley, pues proporciona una base jurídica muy sólida, fue la sentencia de febrero de 2015 de la Corte Suprema de Canadá —equivalente a nuestro Tribunal Constitucional— en el caso Carter v. Canadá<sup>3</sup>. Esta importantísima sentencia, de gran trascendencia jurídica tanto a nivel nacional canadiense como internacional, establece que el derecho fundamental a la vida, la libertad y la seguridad de las personas no puede socavarse estableciendo prohibiciones generales a recibir ayuda de los profesionales sanitarios para poner fin a su vida, cuando las personas en situación terminal lo solicitan de forma libre, informada y capaz. Para el Tribunal, el argumento de que esas prohibiciones tratan de proteger a las personas vulnerables que

podrían ser indebidamente coaccionadas y, por ello, sufrir abusos resulta inadecuado. Además, la sentencia afirma que la línea que separa prácticas como la sedación terminal, la limitación del esfuerzo terapéutico y el suicidio asistido es demasiado fina como para convertirlos en compartimentos estancos.

Más recientemente, en 2015, la Asamblea Nacional Francesa ha aprobado por amplia mayoría el derecho a la sedación terminal de los pacientes con una enfermedad terminal. Así mismo, en la misma sesión se ha decidido también declarar vinculante el testamento vital al que, salvo excepciones, tendrán que ceñirse los profesionales sanitarios y otorgar representación legal plena a la persona de confianza elegida previamente por el enfermo para defender sus deseos acerca de cómo desea ser atendido en los momentos finales de su vida.

Desde la muerte de Ramón Sampedro en 1998, en España no ha dejado de aflorar periódicamente en la opinión pública el debate sobre la regulación de la muerte médicamente asistida, sobre todo a partir de casos polémicos ampliamente divulgados por la Asociación Derecho a Morir Dignamente<sup>4,5</sup>. Pero hasta la fecha, ninguna fuerza política mayoritaria y con capacidad de gobierno se ha atrevido a plantear dicha posibilidad de forma abierta, y por tanto permanece bloqueada por la actual redacción del Código Penal. Este es el motivo por el que las reformas legislativas realizadas en el marco autonómico en los últimos 5 años han tenido que optar por desarrollar, en el ámbito de la atención al final de la vida, los resquicios que en su día abrió la Ley 41/2002 de autonomía del paciente<sup>6</sup>. Dichos resquicios permiten desarrollar legislativamente a nivel autonómico cuestiones como la limitación del esfuerzo terapéutico, la sedación paliativa, el rechazo de tratamientos o las voluntades anticipadas, pero no la eutanasia o el suicidio asistido. Andalucía, Navarra, Aragón, Canarias, Baleares y, en los próximos meses, Galicia y el País Vasco, han optado por este camino, que, por una parte, genera riqueza por la diversidad entre comunidades, pero, al mismo tiempo, el peligro de producir diferencias significativas en el reconocimiento de derechos entre unos ciudadanos y otros.

## Conceptos de eutanasia y suicidio asistido

La palabra eutanasia tiene un fuerte componente emocional y, quizás por ello, es utilizada con sentidos muy diferentes. La carga emotiva le da una connotación negativa y el carácter polisémico hace que sea utilizada para contextos variados. La tendencia a utilizar neologismos (distanasia, ortotanasia, cacotanasia) o a que se adjetive (directa-indirecta; voluntaria-involuntaria; activa-pasiva) incrementa aún más la confusión terminológica<sup>7</sup>.

Etimológicamente, *eutanasia* significa «buena muerte» o «muerte sin sufrimiento». Históricamente, en cambio,

este término se ha utilizado para referirnos al acortamiento voluntario de la vida de quien sufre una enfermedad incurable para poner fin a sus sufrimientos. La controversia ética y legal acerca de la acepción eutanasia surge hace relativamente poco tiempo a raíz tanto de la capacidad creciente de la medicina para modificar el curso natural de la enfermedad y la muerte a través de la tecnología, como de la necesidad de introducir el valor de autonomía en la toma de decisiones sobre actuaciones sanitarias. En la actualidad se opta por considerar eutanasia la actuación sanitaria definida por cuatro grandes atributos:

1. Desencadenamiento de la muerte de los pacientes con relación clara causa-efecto.
2. Petición expresa, reiterada y en condiciones de libertad, información y capacidad de los pacientes.
3. Contexto de sufrimiento global (físico y psíquico), en una enfermedad incurable y discapacitante, que no puede ser atenuado por actuaciones convencionales.
4. Realización por profesionales sanitarios con una relación clínica establecida.

La eutanasia, por tanto, ha de ser considerada siempre directa, voluntaria y activa. El uso de un lenguaje que asigne un significado preciso a cada término ayuda tanto a médicos con práctica clínica como a la propia sociedad que recibe ideas y conceptos transparentes.

Proponemos como definiciones:

**Eutanasia:** actuación de un profesional sanitario que produce de forma deliberada la muerte de su paciente con una enfermedad irreversible, porque este se lo pide de forma expresa, reiterada, informada y capaz, por tener una vivencia de sufrimiento derivada de su enfermedad que experimenta como inaceptable, y que no se ha conseguido mitigar mediante otras intervenciones.

**Suicidio médicamente asistido:** actuación de un profesional sanitario mediante la que proporciona, a petición expresa y reiterada de su paciente capaz y con una enfermedad irreversible que le provoca un sufrimiento que experimenta como inaceptable y no se ha conseguido mitigar por otros medios, los medios intelectuales o materiales imprescindibles para que pueda terminar con su vida suicidándose de forma efectiva cuando lo desee.

Interesa separar con la mayor claridad que se pueda, eutanasia y suicidio asistido de otras actuaciones sanitarias totalmente diferentes como la limitación del esfuerzo terapéutico, la sedación paliativa o el rechazo de tratamiento (tabla 1); así como diferenciarlas de situaciones jurídicas completamente diferentes (tabla 2).

## Dimensión legal

La función del derecho es regular la toma de decisiones de las personas señalando qué se puede o no se puede

hacer, de qué forma puede hacerse y cómo se puede desarrollar mejor la libertad. Y también es función del derecho sancionar aquellas acciones que pretendemos evitar, siendo el derecho penal el que determina la máxima injerencia del Estado en la libertad de los ciudadanos ante

conductas intolerables socialmente. Kant llegó a calificar el derecho como «la regulación de la coexistencia de libertades».

El Estado de derecho tiene sentido a partir del reconocimiento de la persona como un ser dotado de capacidad de decisión y del deber de reconocer su condición de libre sin más límites que la libertad de los demás, la igualdad y la justicia social.

De forma muy simplificada, podemos partir de que el dilema jurídico acerca de la eutanasia y el suicidio asistido no es sino la conjugación entre el derecho a la autonomía y el derecho a la vida.

Evidentemente, si no hay vida, no hay autonomía ni libertad. El derecho a la vida es el derecho fundamental, el primer derecho, el soporte ontológico de todos los demás derechos y el más intrínsecamente valioso. Pero imponer la vida, o un tipo de vida con sufrimiento personal y familiar más allá de la voluntad de su titular, puede suponer negarle justamente a este la esencia de su libertad. No es posible reducir el problema a un antagonismo, o dilema, entre vida y ejercicio de la libertad; ambos derechos pueden imbricarse y solaparse.

En relación con la **autonomía al final de la vida**, el ciudadano debe ser dotado de instrumentos que le permitan el ejercicio efectivo de su autonomía y, por tanto, de su libertad de decisión. Esa es la función de las voluntades anticipadas\* y de la planificación anticipada de decisiones\*\*, ambas recogidas en la legislación y normativas de los servicios de salud en España. La autonomía, y su ejercicio efectivo, debe ser el fundamento de lo que se ha denominado dignidad en el proceso de morir.

En cuanto al **derecho a la vida al final de la vida**, en un Estado de derecho democrático y aconfesional no puede ser un derecho absoluto, ni un derecho sagrado y, por consiguiente, tampoco un «deber».

No es un *derecho absoluto* porque todos los derechos (sucede igual con los deberes) deben ajustarse a los límites marcados por el conjunto de ellos. Es decir, el derecho a la vida debe ser conjugado y ponderado con otros derechos individuales, especialmente con el derecho a la libertad, y no parece razonable exigir una obligación de vivir por encima de la voluntad. Hacer eso podría considerarse una forma de tiranía.

No es un *derecho sagrado* porque en un Estado laico y aconfesional como el propiciado por la Constitución es-

\* Se utiliza en el texto el término *voluntades anticipadas* como equivalente a *voluntades vitales anticipadas*, *testamento vital* o *instrucciones previas*. En inglés, *Living Will* o *Advance Directives*.

\*\* Se utiliza en el texto el término *planificación anticipada de decisiones* como equivalente a *planificación anticipada de la asistencia*. En inglés, *Advance Care Planning*.

TABLA 1

### Actuaciones sanitarias al final de la vida diferenciadas de eutanasia y suicidio asistido

Limitación del esfuerzo terapéutico (LET): retirar o no iniciar medidas terapéuticas porque el profesional sanitario estima que, en la situación concreta del paciente, son inútiles, fútiles, ya que tan solo consiguen prolongarle la vida biológica, pero sin posibilidad de proporcionarle una recuperación funcional con una calidad de vida mínima

Sedación paliativa: administrar fármacos a un paciente en situación terminal, con su consentimiento o el de sus representantes, en las dosis y combinaciones requeridas para conseguir una reducción de conciencia que permita aliviar síntomas refractarios que le producen un enorme sufrimiento y que no pueden ser aliviados de otra manera

Sedación terminal o en agonía: realización de la sedación paliativa en un paciente cuya muerte se prevé muy próxima, de tal forma que se logre una disminución suficientemente profunda y *previsiblemente irreversible* de la conciencia

Rechazo de tratamiento: denegar el consentimiento para una actuación terapéutica o revocar dicho consentimiento cuando ya ha sido iniciada, por parte de un paciente consciente, capaz, libre e informado. La manifestación de la voluntad de denegar o revocar puede realizarse directamente, mediante representación o a través de voluntades anticipadas o planificación anticipada de decisiones

Adaptado de: Simón P, Barrio IM, Alarcos FJ, Barbero J, Couceiro A, Hernando P. Ética y muerte digna: propuesta de consenso sobre un uso correcto de las palabras. *Revista de Calidad Asistencial*. 2008;23(6):271-85.

TABLA 2

### Situaciones jurídicas diferenciadas de eutanasia y suicidio asistido

Suicidio: producción voluntaria de la propia muerte

Inducción al suicidio: instigar, persuadir, animar a otra persona a llevar a cabo un suicidio

Asesinato: matar a alguien con alevosía, ensañamiento o mediando precio

Homicidio: matar a alguien sin que concurren circunstancias de alevosía, ensañamiento o mediando precio

Omisión del deber de socorro: situación en la que los profesionales sanitarios deniegan o abandonan la asistencia sanitaria debida a una persona, de lo que se deriva un grave riesgo para la salud o su muerte

Tomada de: Simón P, Barrio IM, Alarcos FJ, Barbero J, Couceiro A, Hernando P. Ética y muerte digna: propuesta de consenso sobre un uso correcto de las palabras. *Revista de Calidad Asistencial*. 2008;23(6):271-85.

pañola la neutralidad y la libertad de conciencia deben prevalecer sobre interpretaciones religiosas o trascendentes. En una sociedad plural coexisten diferentes visiones del mundo y el ejercicio libre de la religión ha de respetarse y protegerse, pero nunca imponerse. Ser herederos de una cultura europea y cristiana no puede justificar, para los no creyentes, una interpretación homogénea y obligatoria de la vida como valor sagrado, otorgado por Dios y del que no podemos disponer.

No es un *deber* porque el deseo de vivir el máximo tiempo posible no puede enmascarar la realidad del deterioro biológico y la incapacidad intelectual o el sufrimiento físico y emocional que pueden conllevar en ocasiones los últimos momentos de la vida. Últimos momentos que pueden ser horas, días o años. Últimos momentos que pueden ser satisfactorios y plenos para la familia y seres queridos, pero también una carga o un castigo inútil.

### La regulación de la eutanasia y el suicidio asistido en España

En el ordenamiento jurídico español ha prevalecido históricamente la consideración del derecho a la vida como algo absoluto e irrenunciable<sup>8</sup>. Así, la interpretación prevalente del articulado de la Constitución española de 1978 ha tendido a dar prioridad al derecho a la vida (artículo 15) sobre el resto de derechos relacionados con la libertad (artículo 17.1), la libre conciencia (artículo 16.1) y la dignidad (artículo 10.1 y 10.2). En coherencia con esta interpretación, el Código Penal de 1995, en su artículo 143, castiga la inducción y cooperación al suicidio, así como las conductas de facilitación de la muerte de otro, aunque concurrieran situaciones de enfermedad grave, terminal o situaciones de gran sufrimiento, si bien es verdad que con penas atenuadas (tabla 3). En este caso, el Código Penal no entra a valorar lo que se entiende por eutanasia —a la que en realidad ni siquiera nombra como tal—, la protección que debe darse a los intereses de quien puede solicitar ayuda para morir o las motivaciones de los profesionales que puedan colaborar en esta ayuda.

Esta interpretación está siendo puesta en tela de juicio por parte de un sector de juristas que apelan a una interpretación más ponderada de los distintos preceptos constitucionales, así como una nueva regulación de la eutanasia y el suicidio asistido en el Código Penal<sup>9</sup>. Sin embargo, la producción de una sentencia constitucional como la canadiense exigiría un nivel de independencia política de nuestro Alto Tribunal que en este momento todavía parece demasiado lejano.

### La regulación de la eutanasia y el suicidio asistido en Europa

En el entorno de los países occidentales europeos existe una importante variabilidad terminológica y conceptual

TABLA 3

#### Código Penal español. Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre

##### Artículo 143

1. El que induzca al suicidio de otro será castigado con la pena de prisión de cuatro a ocho años
2. Se impondrá la pena de prisión de dos a cinco años al que coopere con actos necesarios al suicidio de una persona
3. Será castigado con la pena de prisión de seis a diez años si la cooperación llegara hasta el punto de ejecutar la muerte
4. El que causare o cooperare activamente con actos necesarios y directos a la muerte de otro, por la petición expresa, seria e inequívoca de este, en el caso de que la víctima sufriera una enfermedad grave que conduciría necesariamente a su muerte, o que produjera graves padecimientos permanentes y difíciles de soportar, será castigado con la pena inferior en uno o dos grados a las señaladas en los números 2 y 3 de este artículo

en la regulación de las diferentes actuaciones sanitarias al final de la vida. Aun así, es cierto que parece avanzarse hacia un progresivo consenso básico acerca de legitimación, y exclusión del Código Penal, del rechazo de tratamiento, la limitación del esfuerzo terapéutico para intervenciones diagnósticas o terapéuticas fútiles, la sedación paliativa en situaciones de síntomas refractarios o la aceptación por los profesionales sanitarios de los deseos, preferencias y nombramiento de representante legal expresados en el testamento vital<sup>10</sup>. La reciente ley francesa muestra bien este proceso de confluencia.

En cambio, en relación con la eutanasia y el suicidio asistido, la situación es más clara: hay tres estados —Holanda, Bélgica y Luxemburgo— que han regulado y aprobado su práctica, dos estados —Suiza y Reino Unido— que tienen regulaciones particulares sobre la ayuda al suicidio y, por último, el resto de estados que en su mayoría penalizan estas actuaciones. Fuera de la Unión Europea solo el estado de Oregón, en EE.UU., tiene experiencia en el desarrollo del suicidio médicamente asistido y Quebec, en Canadá, acaba de aprobar la despenalización.

Luxemburgo, Holanda y Bélgica han desarrollado normativas despenalizadoras y reguladoras, con una experiencia ya considerable. De forma sintética, la regulación legal recoge la consideración de la eutanasia y el suicidio asistido como actuaciones sanitarias que implican a diferentes profesionales médicos y que en ningún caso imponen una norma u obligación para aquellos que no desean recurrir a ellas. Los criterios fundamentales de la regulación legal son tres: enfermedad terminal o de evolución fatal, sufrimiento extremo e insoportable y autonomía en la decisión por parte del paciente. A su vez, los médicos son los encargados de facilitar información a los organismos de control y verificación establecidos para garantizar las exi-

gencias legales de estos procesos. En Holanda y Bélgica hay diferencias en cuanto a los criterios para solicitar una intervención de eutanasia y suicidio médicamente asistido<sup>11,12</sup> (tablas 4 y 5).

La experiencia de estos estados demuestra que el debate radica básicamente en llegar a acuerdos respecto a las condiciones (quiénes y en qué circunstancias) y los sistemas de control (mecanismos de evaluación y seguimiento) que permitan que se pueda ayudar a personas que desean libremente adelantar el momento de su muerte.

Para el quién y en qué circunstancias, los estados despenalizadores han optado por incluir a pacientes en situación terminal con una expectativa de vida muy corta y en situación de capacidad para tomar decisiones. Este grupo constituye el grueso de los solicitantes de eutanasia. El problema viene de otras situaciones, sobre todo de los pacientes con patología psiquiátrica y de las demencias. Por ejemplo, el sufrimiento extremo (de tipo físico o psi-

TABLA 4

### Requisitos generales para la eutanasia en Bélgica

#### Condiciones para el solicitante

- Que el paciente sea mayor de edad o menor emancipado, capaz y consciente de su petición
- Que la petición sea voluntaria, reiterada sin presiones exteriores, pudiendo haberla manifestado en un documento de voluntades anticipadas que tenga una vigencia inferior a cinco años
- Que haya padecimiento físico o psíquico constante e insuperable ocasionado por una condición patológica grave e incurable

#### Condiciones para el médico

- Informar al paciente sobre la existencia de cuidados paliativos
- Reiterar el diálogo en los plazos de tiempo razonables
- Consultar a otro médico independiente que tiene que visitar al paciente y redactar un informe que esté de acuerdo o en desacuerdo con las primeras valoraciones
- Recopilar información del equipo cuidador si es que existe
- Procurar que el enfermo consulte con otras personas de su entorno
- Dejar pasar un mes entre la petición y la realización de la eutanasia

#### Sistema de control

- El médico debe trasladar antes de cuatro días, tras la intervención eutanásica, un informe a la Comisión Federal de Control y Evaluación que a su vez está obligada a evaluar individualmente los informes y a emitir informes anuales

TABLA 5

### Requisitos generales para la eutanasia y el suicidio asistido en Holanda

#### Condiciones para el solicitante

- Que la persona objeto de la eutanasia o auxilio al suicidio sea residente en Holanda
- Que se constate un padecimiento insoportable y sin esperanzas de mejora
- Que haya sido informado de su situación y de las perspectivas de futuro

#### Condiciones para el médico

- Que el médico esté convencido de que la petición es voluntaria, está bien meditada y expresa los deseos del enfermo, o sea, que es plenamente capaz y se ha reiterado en su voluntad. Esta puede haber sido manifestada en un documento de voluntades anticipadas
- Que se haya consultado a otro facultativo y que este haya corroborado el cumplimiento de los requisitos. En caso de sufrimiento psicológico se tiene que consultar a dos médicos. Los médicos consultores tienen que ver al enfermo y elaborar un informe por escrito sobre la situación
- Que la realización de la eutanasia o auxilio al suicidio se haga con el máximo cuidado y profesionalidad

#### Sistema de control

- El médico comunica al forense el fallecimiento tras la realización de eutanasia, y este lo comunica mediante informe a la Comisión Regional de Verificación. La Comisión valora el cumplimiento de los requisitos para cada caso y emite un informe anual al Ministerio de Sanidad

quico), pero sin un pronóstico vital reducido; el sufrimiento psíquico por trastornos psicóticos, pero sin afectación física; el deterioro cognitivo avanzado e irreversible sin deterioro clínico; la edad muy avanzada con fragilidad clínica, pero no en situación terminal; etc. De igual forma, han sido difíciles de valorar situaciones en las que el deterioro orgánico o el sufrimiento afecta a la capacidad de tomar decisiones de forma libre y consciente, desencadenando una pérdida de competencia.

En cuanto a los mecanismos de control, los estados despenalizadores han partido de dos exigencias básicas, la legitimidad democrática en la regulación de las normas y la seguridad jurídica de los pacientes y médicos.

La legitimidad democrática que solo puede alcanzarse en un doble sentido: propiciando, en primer lugar, un debate público y transparente cuando el órgano legislativo ha tenido que debatir, consensuar y aprobar las leyes reguladoras de la eutanasia y el suicidio asistido, y garantizado, en segundo lugar, que las comisiones de control, forma-

das por médicos, juristas y bioeticistas, tienen una actuación acorde con la letra y el espíritu de la normativa.

La seguridad jurídica de pacientes y médicos nace del establecimiento tanto de controles previos al acto, a través de formularios exhaustivos y consultas a un segundo y tercer profesional o asesorías al colegio de médicos, como de controles a posteriori a través de las comisiones de control con obligación de transparencia y rendición de cuentas. En Holanda se han realizado estudios de series históricas entre 1990 y 2010, determinándose una estabilidad en el perfil de edad, sexo y diagnóstico para pacientes solicitantes de eutanasia y suicidio médicamente asistido. Cuantitativamente tampoco ha existido un incremento significativo en el número de casos<sup>13</sup>.

## Dimensión ética

Los extremos de la vida (el nacimiento y la muerte) siempre han sido un terreno propicio para el debate moral. Históricamente ha sido así y lo seguirá siendo por mucho tiempo. Los conflictos morales en una sociedad no son necesariamente nocivos siempre y cuando el extremismo y la exclusión no desarrollen imposiciones o uniformidades morales.

El conflicto moral que suscita la eutanasia y el suicidio asistido exige huir de dualidades (bueno/malo, positivo/negativo, favor/contra). Los valores puestos en juego (la vida, la libertad, la autonomía, la dignidad) nos obligan a evitar respuestas simples, uniformes o únicas. La complejidad de este conflicto moral solo puede resolverse desde una deliberación moral en la que tengan cabida y participación ciudadanos, grupos sociales, profesionales y confesiones religiosas. Una deliberación en la que habrá conflictos de valores, pero en la que debe ser posible un acuerdo ético de mínimos que tenga como referencia los derechos humanos y que pueda ser asumido por toda la sociedad. El único secreto de la ética de mínimos es promover la justicia y la igualdad como suelo, pero asumiendo y respetando una ética de máximos de valores (religiosos, ideológicos, morales) no necesariamente compartida por todos y no imponible a los demás.

Existe un acuerdo ético de mínimos prácticamente generalizado sustentado en dos premisas:

- La necesidad de generalizar un desarrollo global y óptimo de la atención al final de la vida. Ello incluye ineludiblemente la potenciación de los cuidados paliativos, entendidos no como unidades específicas y especializadas (imprescindibles para determinados niveles de complejidad en el hospital), sino como impregnación de la actividad clínica habitual de médicos de familia y especialistas hospitalarios.
- La obligación de poner en práctica el derecho de los ciudadanos a tomar decisiones relacionadas con su enfer-

medad, las actuaciones sanitarias y el proceso terapéutico al final de la vida. Las herramientas más asumidas para este «deber» son las voluntades anticipadas y la planificación anticipada de decisiones; ambas, por otra parte, de difícil aplicación en la práctica clínica al final de la vida.

A partir de aquí comienzan las discrepancias. Podemos asumir que lo éticamente aceptable ha de venir marcado por una regulación acorde con el carácter plural y democrático de nuestra sociedad. La salvaguarda esencial en el caso de una futura despenalización de la eutanasia y el suicidio asistido sería la voluntariedad. Otras garantías ineludibles serían los límites claros de los diferentes escenarios al final de la vida, la optimización de la atención al final de la vida y la salvaguarda de abusos (malintencionados o bienintencionados) sobre nuestros pacientes<sup>14</sup>.

La dimensión ética estaría incompleta si no colocáramos en primer término la actitud y las opiniones de los ciudadanos acerca de lo que significa una buena muerte, una atención de calidad en los últimos momentos de la vida y la posibilidad de regularizar la eutanasia y el suicidio asistido. Sorprendentemente, no hay muchos estudios acerca de este tema. En Andalucía, un estudio sobre los discursos de la ciudadanía sobre el morir<sup>15</sup> reflejaba bastante fielmente elementos comunes a todo tipo de culturas y comunidades (tabla 6). En un estudio similar realizado en Holanda<sup>16</sup>, aunque más explícito en relación con preguntas sobre eutanasia y suicidio asistido, la buena muerte se identificó con la posibilidad de despedirse del ser querido, el morir con dignidad, el ser capaz de decidir sobre el tipo de cuidados al final de la vida o el morir sin dolor. En este estudio se identificaba la aceptación de eutanasia y suicidio asistido con el deseo de tener una muerte digna, la preocupación de ser una carga familiar, la capacidad de decidir sobre tratamientos al final de la vida y sobre el momento de la muerte. Del conjunto de variables estudiadas (edad, sexo, situación geográfica, estatus social o religión) en relación con el posicionamiento moral hacia la eutanasia y el suicidio asistido, únicamente el hecho de tener creencias religiosas ha mostrado una clara asociación de signo contrario hacia aquellas<sup>17</sup>.

En relación con la actitud y las opiniones de los profesionales médicos hacia la despenalización de la eutanasia y el suicidio no existen estudios concluyentes al respecto. Los argumentos más utilizados desde los grupos profesionales contrarios a la despenalización se centran en la pendiente resbaladiza (si se acepta despenalizar la eutanasia progresivamente se irán relajando los criterios y condiciones, conduciendo a abusos en la aplicación de la norma), la falta de formación y experiencia, la presión social sobre discapacitados y dependientes, la reducción en la inversión en servicios de cuidados paliativos y la inseguridad jurídica.

Finalmente, es recomendable recordar el fundamento de los principios éticos que sustentan las actuaciones sanitarias al final de la vida:

TABLA 6

### El «canon» de la muerte ideal en la población española (Marí-Klose-De Miguel, 2000)

- Morir sin dolor, hasta tal punto que el dolor preocupa más que la propia muerte
- Morir durmiendo, o inconsciente, o como suele reflejarse en el lenguaje cotidiano «morir sin enterarte»
- Morir rápida y súbitamente, aunque no joven. Es decir, morir fortuitamente pero por la edad, sin padecer una larga enfermedad previa. Al igual que el anterior punto, tiene que ver con morir sin ser consciente de la muerte
- Morir a edad avanzada, de vejez, aunque en buenas condiciones físicas y mentales, con un deterioro mínimo de las funciones corporales. Que haya dado tiempo a llevar a cabo el proyecto vital en la medida de lo posible
- Morir rodeado de tus seres queridos, con la familia y los amigos presentes en el momento de la muerte
- Morir en la propia casa, en tu entorno, y no en un espacio extraño, como un hospital o una residencia de ancianos

Elaborado a partir de: Cerrillo-Vidal JA, Serrano-del Rosal R. Una aproximación a los discursos de los andaluces ante la calidad en el morir. Documento de trabajo. Córdoba: IESA-CSIC, 2010.

- Dignidad de la vida y la muerte: la vida es un valor esencial, pero no es único ni absoluto. De hecho, es el propio sujeto autónomo, libre y capaz quien confiere a su propia vida su último sentido y relevancia, su dignidad.
- Proporcionalidad terapéutica: debe existir una proporcionalidad entre las medidas diagnósticas y terapéuticas. Una proporcionalidad que debe ser evaluada reflexionando acerca de la utilidad de las medidas, las alternativas con riesgos y beneficios, el pronóstico con y sin la medida y las cargas psicológicas, físicas o económicas.
- Veracidad: el respeto a la autonomía del paciente exige una implicación informada y libre para ejercer el derecho a decidir. Ello obliga a transmitir una información veraz, adaptada, continuada y gradual, pero también a respetar el derecho a delegar o a no desear ser informado.
- No abandono: nunca abandonar la asistencia y el cuidado del paciente. Ni en situaciones de objeción de conciencia, donde se debe garantizar la continuidad con otro profesional; rechazo al tratamiento, donde se debe respetar la autonomía del paciente, o impotencia frente al sufrimiento, donde se debe permanecer junto al paciente.

### Argumentos para justificar un debate profesional y social acerca de la despenalización de la eutanasia y el suicidio asistido

Sigue existiendo una gran confusión terminológica en el uso de la palabra *eutanasia*. Por otra parte, diferenciar con

claridad los distintos escenarios al final de la vida es una obligación para legitimar nuestra actuación profesional, sin tabúes ni penumbras.

Generalizar el uso cotidiano de las voluntades anticipadas y planificación anticipada de decisiones es una obligación profesional. Justamente estas dos herramientas son especialmente útiles para la atención a pacientes terminales al final de la vida y debemos promocionarlas ante los ciudadanos.

El planteamiento racional ante la eutanasia y el suicidio asistido no puede ser la dicotomía «sí o no» sin matiz alguno. Nos encontramos ante nuevos retos, conflictos morales cambiantes y situaciones clínicas cada vez más complejas. Necesitamos consensos sociales de mínimos y los médicos no podemos volver la espalda ante estos requerimientos. Necesitamos seguridad jurídica, suelo firme sobre el que pisar, tanto para los casos de objeción de conciencia como para los profesionales que asuman personalmente el acompañamiento, el respeto a la autonomía, el apoyo a la dignidad y el cuidado de nuestros pacientes en el final de la vida.

Generalizar los cuidados paliativos es un reto para el sistema de salud. Todos los profesionales de Atención Primaria deben incorporar entre sus competencias los cuidados paliativos, al margen de la existencia de unidades hospitalarias de alta complejidad. No obstante, los cuidados paliativos en ningún caso evitan situaciones clínicamente incontrolables o de sufrimiento psíquico no manejable farmacológicamente que exigen otro tipo de respuesta. No existe una dicotomía cuidados paliativos frente a eutanasia/suicidio asistido. Dentro del continuo de opciones posibles de atención paliativa disponibles para el paciente en el final de la vida, la eutanasia y el suicidio asistido deberían ser una más, con criterios claros, explícitos, evaluables y revisables.

Necesitamos muchos más estudios acerca de la forma de morir, de las necesidades y de la calidad de la atención en los últimos días. El conocimiento es el pilar para tomar decisiones organizativas y normativas en la atención al final de la vida.

En una sociedad plural debe haber un debate abierto político, social y profesional acerca de la eutanasia y el suicidio asistido. Este debate plantea un conflicto moral considerable entre la sociedad, susceptible tanto de un debate parlamentario como de un modelo de decisión participativa a través de un referéndum.

En un futuro debate sobre la regulación de la eutanasia y el suicidio asistido, la voz de los médicos de familia debería hacerse presente y ser escuchada. Somos los profesionales médicos quienes habitualmente tenemos un conocimiento más dilatado de la vida, la salud, la enfermedad

y la muerte de los ciudadanos. Somos, por tanto, interlocutores privilegiados a la hora de iluminar las luces y peligros de este proceso de regularización.

## Resumen

En algunos países occidentales se están desarrollando iniciativas de regulación del derecho a decidir al final de la vida que llevan a afrontar directamente la regulación de la eutanasia y el suicidio asistido. Todavía existe una gran confusión terminológica en el uso del término eutanasia y una mala delimitación con otras actuaciones sanitarias al final de la vida, como la limitación del esfuerzo terapéutico, el rechazo de tratamiento o la sedación paliativa. En España ha prevalecido históricamente el derecho a la vida como algo absoluto e irrenunciable; hoy día se apela a una conjugación de derechos, esencialmente el derecho a la vida y a la autonomía, más acorde con el espíritu de una sociedad plural y laica. Los países que han regulado la eutanasia han detectado que los problemas de aplicación se focalizan en las condiciones de acceso y los sistemas de control. El conflicto moral siempre existirá, pero es posible comenzar por una ética de mínimos que garantice un desarrollo óptimo de la atención al final de la vida, la obligación de respetar el derecho a la toma de decisiones de los ciudadanos y la seguridad jurídica de los pacientes y los médicos. Todo ello con objeto de evitar la situación de penumbra e incertidumbre actual.

## Lecturas recomendadas

Hacia una posible despenalización de la eutanasia. Declaración del Institut Borja de Bioètica. 2005. Disponible en: [http://www.ibbioetica.org/eutanasia/euta\\_cast.pdf](http://www.ibbioetica.org/eutanasia/euta_cast.pdf)

*Sigue conservando mucho valor esta declaración. Es clarificadora en sus conceptos y circunscribe correctamente las situaciones de excepcionalidad y límites para una despenalización.*

Asociación Derecho a Morir Dignamente (DMD). Disponible en: <http://www.eutanasia.ws/>

*En esta página web existe un importante fondo documental acerca del derecho a decidir al final de la vida.*

Películas recomendadas que abordan el problema de la eutanasia y el suicidio médicamente asistido:

*Las invasiones bárbaras (Les invasions barbares).* Denys Arcand (2003).

*Mar adentro.* Alejandro Amenábar (2004).

*Dr. Muerte (You don't know Jack).* Barry Levinson (2010).

## Bibliografía

- Loi modifiant la loi du 28 mai 2002 relative à l'euthanasie, en vue d'étendre l'euthanasie aux mineurs. 24 de febrero de 2014 [consultado el 3 de mayo de 2015]. Disponible en: <http://www.admd.be/Legislation.html>
- Loi N° 52. Loi concernant les soins de fin de vie. Parlement du Québec. 2014. [consultado el 3 de mayo de 2015]. Disponible en: <http://noticiasmontreal.com/docs/ley-52-fin-vida-quebec.pdf>
- Supreme Court of Canada. Carter v. Canada (Attorney General), 2015 SCC 5 [consultado el 3 de mayo de 2015]. Disponible en: <https://scc-csc.lexum.com/scc-csc/scc-csc/en/item/14637/index.do>
- Mosterin J. Una cita con la parca. El País. 19 de marzo de 2015. [consultado el 3 de mayo de 2015]. Disponible en: [http://elpais.com/elpais/2015/03/19/opinion/1426760297\\_757971.html](http://elpais.com/elpais/2015/03/19/opinion/1426760297_757971.html)
- Sádaba J. Recuerdo vivo. El País. 22 de abril de 2015 [consultado el 3 de mayo de 2015]. Disponible en: [http://elpais.com/elpais/2015/04/22/opinion/1429693892\\_542429.html](http://elpais.com/elpais/2015/04/22/opinion/1429693892_542429.html)
- Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica [consultado el 3 de mayo de 2015]. Disponible en: [http://www.boe.es/diario\\_boe/txt.php?id=BOE-A-2002-22188](http://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2002-22188)
- Simón P, Barrio IM, Alarcos FJ, Barbero J, Couceiro A, Hernando P. Ética y muerte digna: propuesta de consenso sobre un uso correcto de las palabras. Revista de Calidad Asistencial. 2008;23(6):271-85 [consultado el 3 de mayo de 2015]. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-calidad-asistencial-256-articulo-tica-muerte-digna-propuesta-consenso-13128649>
- Simón-Lorda P, Barrio-Cantalejo IM. End-of-Life Healthcare Decisions, Ethics and Law: The Debate in Spain. European Journal of Health Law. 2012;19:355-65 [consultado el 3 de mayo de 2015]. Disponible en: <http://europepmc.org/abstract/MED/22908526>
- Tomás-Valiente Lanuza C. La regulación de la eutanasia voluntaria en el ordenamiento jurídico español y en el derecho comparado. Humanitas. 2003;1(1):33-46.
- Rey F. El derecho a morir con ayuda médica. El País. 20 de marzo de 2015 [consultado el 3 de mayo de 2015]. Disponible en: [http://elpais.com/elpais/2015/03/07/opinion/1425761619\\_521976.html](http://elpais.com/elpais/2015/03/07/opinion/1425761619_521976.html)
- De Miguel Sánchez C, López Romero A. Eutanasia y suicidio asistido: Conceptos generales situación legal en Europa, Oregon y Australia. Med Paliat. 2006;13(4):207-15 [consultado el 3 de mayo de 2015]. Disponible en: <http://eutanasia.ws/hemeroteca/j23.pdf>
- Simón Lorda P, Barrio Cantalejo IM. La eutanasia en Bélgica. Revista Española de Salud Pública. 2012;85:5-19 [consultado el 3 de mayo de 2015]. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1135-57272012000100002&script=sci\\_arttext](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1135-57272012000100002&script=sci_arttext)
- Onwuteaka-Philipsen BD, Brinkman-Stoppelenburg A, Penning C, De Jong-Krul GJ, van Delden JJ, Van der Heide A. Trends in end-of-life practices before and after the enactment of the euthanasia law in the Netherlands from 1990 to 2010: a repeated cross-sectional survey. Lancet 2012;380(9845):908-15.
- Martínez-Urionabarrenetxea K. Sobre la moralidad de la eutanasia y el suicidio asistido. Revista de Calidad Asistencial. 2005;20(7) [consultado el 3 de mayo de 2015]. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-calidad-asistencial-256-articulo-sobre-moralidad-eutanasia-del-suicidio-13081924>
- Cerrillo-Vidal JA, Serrano-del Rosal R. Una aproximación a los discursos de los andaluces ante la calidad en el morir. Documento de trabajo. Córdoba: IESA-CSIC, 2010. [consultado el 3 de mayo de 2015]. Disponible en: [http://digital.csic.es/bitstream/10261/28102/1/InformeVI%20definitivo%20\(Con%20Portada\).pdf](http://digital.csic.es/bitstream/10261/28102/1/InformeVI%20definitivo%20(Con%20Portada).pdf)
- Rietjens J, Van der Heide A, Onwuteaka-Philipsen BD, Van der Maas PJ, Van der Wa G. Preferences of the Dutch general public for a good death and associations with attitudes towards end-of-life decision-making. Palliat Med. 2006;20:685-92. [consultado el 3 de mayo de 2015]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17060267>
- Cuervo-Pinna MA. Actitud y opiniones de los médicos ante la eutanasia y el suicidio médicamente asistido. Tesis doctoral. Universidad de Zaragoza 2012 [consultado el 3 de mayo de 2015]. Disponible en: <http://zagan.unizar.es/record/9612/files/TESIS-2012-107.pdf>

## Eutanasia y suicidio asistido: Un debate necesario

Número 3. Noviembre 2009

Fernando Aguiar  
Rafael Serrano  
Dolores Sesma



La Fundación Centro de Estudios Andaluces es una entidad de carácter científico y cultural, sin ánimo de lucro, adscrita a la Consejería de la Presidencia de la Junta de Andalucía. Entre nuestros objetivos fundacionales se establecen el fomento de la investigación científica, la generación de conocimiento sobre la realidad social, económica y cultural de Andalucía y la difusión de sus resultados en beneficio de toda la sociedad.

Nuestro compromiso con el progreso de Andalucía nos impulsa a la creación de espacios de intercambio de conocimiento con la comunidad científica e intelectual y con la ciudadanía en general, y a la colaboración activa con las instituciones públicas y privadas que influyen en el desarrollo de la Comunidad Autónoma.

La colección POLICY PAPERS tiene como objeto brindar un espacio para la reflexión y el debate sobre las principales cuestiones presentes en la agenda política de la administración, con especial impacto en la sociedad andaluza. Su finalidad es difundir un análisis científico, riguroso e independiente entre el personal dedicado a la función pública, facilitando material y recursos de utilidad en el proceso de planificación de las políticas públicas.

**Las opiniones publicadas por los autores en esta colección son de su exclusiva responsabilidad**

iniciación de  
lemas

Soluciones  
implementación  
diseño de p



Centro de Estudios Andaluces  
CONSEJERÍA DE LA PRESIDENCIA

Fundación Centro de Estudios Andaluces.  
Consejería de la Presidencia. Junta de Andalucía.  
fundacion@centrodeestudiosandaluces.es  
www.centrodeestudiosandaluces.es

Documento bajo licencia 3.0 de Creative Commons.  
No se permite uso comercial de la obra ni la generación  
de obras derivadas:  
<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/es>



Edición sostenible. Documento electrónico de  
lectura en pantalla. Si no es necesario, no lo imprima.



Centro de Estudios Andaluces  
**CONSEJERÍA DE LA PRESIDENCIA**

## EUTANASIA Y SUICIDIO ASISTIDO: UN DEBATE NECESARIO

Fernando Aguiar  
Rafael Serrano Del Rosal  
Dolores Sesma

### Resumen

Hoy en día se considera que los cuidados paliativos son un derecho de los ciudadanos. Nadie rechaza, pues, que se limite el esfuerzo terapéutico en enfermos terminales que padecen graves sufrimientos o que se les administre sedación paliativa. Esto es así porque se admite que el enfermo terminal es una persona libre y autónoma que, bien informada, debe decidir cómo quiere morir. Sin embargo, esa autonomía tiene un claro límite: la eutanasia y el suicidio asistido son ilegales. En este trabajo defendemos que esa limitación de la autonomía no se apoya ni en argumentos morales definitivos ni en la opinión de la población española, lo que genera serias dudas sobre los motivos para sancionar ambas prácticas.

### Hacia una nueva cultura de la buena muerte

Para la mayoría de las personas la muerte ideal sería la que sobreviniera en casa cuando se es ya viejo (ochenta años o más), la que llegara sin dolor y sin que fuéramos demasiado conscientes de ella. La muerte que se prefiere es, además, una muerte en compañía de familiares y amigos, a ser posible rápida o repentina, pues así no se es una carga para nadie. La muerte ideal es una buena muerte, plácida y digna.

Pese a que el *canon de la muerte* no es más que un ideal<sup>1</sup>, hoy en día los países con modernos sistemas sanitarios están en condiciones de acercarse a ese ideal. Ningún sistema sanitario puede asegurarnos, desde luego, que no moriremos de forma prematura (eso sería ciencia ficción), pero sí cuentan con medios para aliviar o incluso erradicar el dolor, paliando el miedo y la angustia de quien va a morir; pueden y deben permitir que en el trance de la muerte estemos rodeados de nuestros amigos y familiares, facilitando incluso la muerte en casa asistidos por profesionales; pueden procurar, en fin, que la muerte sea lo más rápida posible, evitando así largas y penosas agonías. Los modernos sistemas sanitarios están en condiciones, pues, de acercarse al ideal de una buena muerte, humanizando de esta forma el proceso de morir.

*Los modernos sistemas sanitarios están en condiciones, pues, de acercarse al ideal de una buena muerte, humanizando de esta forma el proceso de morir.*

<sup>1</sup> Según Marga Mari-Klose y Jesús de Miguel (Mari-Klose y de Miguel, 2000), el *canon de la muerte* sería el tipo ideal de muerte que, por término medio, desean para sí las personas. En su estudio del año 2000 demuestran que la gente, en general, quiere morir rápido, sin dolor, con sus familiares y sin ser una carga para nadie.

Esta recuperación del “humanismo en los hospitales”<sup>2</sup>, que trata de hacer real en lo posible el ideal de una buena muerte, implica un largo y complejo aprendizaje, tanto de los profesionales de la medicina como de los enfermos y sus familiares. Familiares y enfermos exigen a veces curaciones imposibles que fuerzan a los especialistas a realizar tratamientos invasivos, dolorosos e inútiles. Los profesionales de la medicina, educados a su vez en un código deontológico que les enseña ante todo a salvar vidas, se hallan a menudo mal preparados para afrontar el proceso de morir, que es social y psicológicamente muy complejo para todos (enfermos, familiares y personal sanitario). Estas carencias en el desarrollo pleno de una *nueva cultura del buen morir* alejan la muerte de lo que sería el ideal.

La cultura del buen morir ha cambiado a lo largo del tiempo y ha sido y es diferente en distintas sociedades. A principios del siglo XXI la cultura occidental de la muerte se presenta mediante una compleja mezcla de valores morales y religiosos que, más allá de sus enormes diferencias, parece haber llegado a un *acuerdo básico*: la muerte digna hoy es aquella en la que el enfermo, que es un individuo autónomo, puede elegir libremente cómo desea morir (dentro de las posibilidades que se le ofrecen), y los profesionales de la sanidad deben respetar esa dignidad salvaguardando la libertad del paciente. Esta concepción del buen morir, que es mucho más reciente de lo que quepa imaginar y aún no se cumple por igual en toda España, ha entrañado profundos cambios morales, sociales y legales, pues la muerte digna no es ya sólo un deseo o un ideal, sino un derecho.

*La muerte digna hoy es aquella en la que el enfermo, que es un individuo autónomo, puede elegir libremente cómo desea morir, y los profesionales de la sanidad deben respetar esa dignidad salvaguardando la libertad del paciente*

En efecto, desde la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa, que en su *Recomendación 1418* de 1999 exige que se protejan los derechos humanos y la dignidad de los enfermos terminales y moribundos, hasta la Ley 41/2002 de 14 de noviembre que regula en España la autonomía del paciente y su derecho a estar informado, pasando –entre otras cosas- por el artículo 28.2 del Código Deontológico de la Organización Médica Colegiada o por los preceptos número 2.276, 2.278 y 2.279 del Catecismo de la Iglesia Católica, todo indica que existe un amplio acuerdo sobre el derecho a una muerte digna. Ese derecho, que no deja de ser parte de una concepción amplia de la calidad de la vida en la que la muerte no está excluida, se sustancia hoy en día de la siguiente forma:

- a) **Derecho a la información y al ejercicio de la autonomía:** el enfermo y sus familiares tienen derecho a recibir una información veraz y confidencial que les permita tomar parte en las decisiones sobre tratamientos; el enfermo tiene derecho a designar representantes y a firmar un Testamento Vital que sirva para que se cumpla con su voluntad en caso de verse incapacitado por la enfermedad (Ley 41/2002).

<sup>2</sup> La frase es de Màrius Morlans, director asistencial del hospital general Vall d’Hebrón de Barcelona, quien considera que los especialistas en cuidados paliativos tratan de “resucitar el humanismo en los hospitales”, aunque se hayan tenido que revestir con el ropaje de las estadísticas, los protocolos y los ensayos para tener credibilidad (citado por Pérez Oliva, 2005).

- b) **Derecho a cuidados paliativos:** Según el Plan Nacional de Cuidados Paliativos (2001), se trata de la “asistencia total, activa y continuada de los pacientes y sus familias por un equipo multiprofesional cuando la expectativa médica no es la curación. La meta fundamental es dar calidad de vida al paciente y su familia sin intentar alargar la supervivencia”. Entre esos cuidados cabe destacar los siguientes:
- a. *Limitación del Esfuerzo Terapéutico (LET):* Supone que se retire o no se inicien medidas terapéuticas de soporte vital si los profesionales de la medicina –que informaran al paciente, a sus familiares o a su representante- consideran que son inútiles. Es una medida para evitar la obstinación terapéutica, es decir, el empeño dañino en sanar o mantener con vida de forma artificial a una persona que ya no es sanable o que está en un estado vegetativo.
  - b. *Rechazo del Tratamiento:* Los pacientes tienen derecho a rechazar total o parcialmente un tratamiento o una prueba y los médicos deben respetar ese derecho.
  - c. *Sedación Paliativa:* Se trata de la “administración de fármacos a un paciente en situación terminal, en las dosis y combinaciones requeridas para reducir su conciencia todo lo que sea preciso y aliviar adecuadamente uno o más síntomas refractarios que le causan sufrimiento, contando para ello con su consentimiento informado y expreso o, si esto no es factible, con el de su familia o representante” (Comisión Autonómica de Ética e Investigación Sanitaria, 2008).
  - d. *Suspensión de atención médica por fallecimiento:* Retirada de todas las medidas terapéuticas cuando se produce la muerte encefálica que conduzca a un paro cardiovascular (Real Decreto 2070/1999 que regula la donación y trasplante de órganos y tejidos).

El derecho a una muerte digna (o a la dignidad en el proceso de la muerte), que toma cuerpo como mínimo en este conjunto de medidas, supone un claro avance hacia una nueva cultura de la buena muerte. Se trata de un derecho sometido, sin embargo, a algunas limitaciones obvias y a otras no tan obvias. Resulta obvio, por ejemplo, que tal derecho no justifica que el enfermo, sus familiares o sus representantes puedan exigir todo tipo de atención y tecnología sanitaria. No resulta en cambio tan obvio –y es aquí donde está hoy el debate- por qué en España un enfermo, terminal o no, que tiene una enfermedad incurable y padece grandes sufrimientos, no puede acabar con su propia vida, ejerciendo así su autonomía y su libertad, con la ayuda de un profesional. Y tampoco resulta obvio por qué un médico no debe causar de manera intencionada la muerte de un paciente terminal que se lo solicita de forma reiterada e informada en pleno uso de sus facultades para aliviar su sufrimiento. En otras palabras, en España, como en casi todos los países del mundo, la nueva cultura de la buena muerte no admite aún ni el auxilio médico al suicidio ni la eutanasia, motivo por el cual la ley sanciona

ambas prácticas.<sup>3</sup> Los cuidados paliativos no generan ya debate alguno –se trata de buena praxis médica-, más allá del hecho de que están injustamente distribuidos (OCU, 2000)<sup>4</sup>. Ahora bien, aunque su distribución fuera igualitaria, los cuidados paliativos no resolverían todos los casos de enfermedad incurable o terminal, como afirma el 84 por ciento de los médicos españoles (CIS, 2002). Entonces, ¿en qué se basa el rechazo legal de la eutanasia y el suicidio asistido, que genera tanta indefensión entre los profesionales de la sanidad?<sup>5</sup> O se basa en la existencia de sólidos argumentos morales en contra de ambas prácticas, o en el rechazo que genera en la inmensa mayoría de la población o en las dos cosas a la vez. Como veremos, ninguna de estas condiciones se cumple.

### **La cuestión moral: algunas dudas sobre la solidez de los argumentos en contra de la eutanasia y el suicidio asistido**

En este apartado nos centraremos en algunas de las razones morales más importantes y persistentes para rechazar tanto la eutanasia como el suicidio asistido para tratar de cuestionarlas. La defensa de estas prácticas no puede basarse sin más en la autonomía y la dignidad de los pacientes, pues los detractores de la eutanasia y el suicidio asistido se apoyan también en estos valores que, como hemos dicho, forman parte de nuestro patrimonio ético común. Partiendo, pues, de que la autonomía y la dignidad son los bienes morales que se han de preservar, los detractores de la eutanasia y el suicidio asistido argumentan lo siguiente:

#### *1. Nunca se tendrá verdadera información sobre lo que quiere un paciente terminal o incurable*

El paciente que pide la eutanasia o el auxilio médico para suicidarse puede hallarse en tal estado psicológico -posiblemente deprimido- que quepa dudar de su autonomía: si se acepta el suicidio asistido y la eutanasia “la línea entre los pacientes capacitados para dar su consentimiento y los que no lo están parecerá arbitraria a algunos médicos” (New York Task Force, 1994: 133). Este argumento revela un paternalismo inaceptable cuando se aplica a adultos que, bien informados, piden ayuda para suicidarse o solicitan la eutanasia con todas las garantías legales. Es inaceptable también cuando el enfermo incapaz ha designado a un representante o ha firmado un Testamento Vital. Es aceptable en cambio para enfermos que no han expresado nunca su voluntad o para enfermos que carecen de esa

---

<sup>3</sup> Como ya es habitual, el término eutanasia se emplea aquí, sin adjetivos, para referirse exclusivamente al acto médico de causar la muerte al enfermo terminal que lo solicita. La denominada “eutanasia pasiva” es lo que se conoce hoy como limitación del esfuerzo terapéutico. Cuando se retiran los medios de soporte vital –alimentación parenteral, hidratación, respirador- a pacientes en estado vegetativo no nos hallamos ante un caso de eutanasia, sino de Limitación de Esfuerzo Terapéutico, como hemos visto. Por otro lado, cuando un médico provoca la muerte del enfermo sin contar con su voluntad o con la de sus representantes nos hallamos ante un “homicidio por compasión”. En los casos de suicidio asistido es el propio paciente quien acaba con su vida.

<sup>4</sup> “La Sociedad Española de Cuidados Paliativos calcula que el déficit de equipos en España es de 820. Serían los necesarios para llegar a una situación “óptima”. En la actualidad hay unos 370 equipos (en hospitales y atención a domicilio), pero se requerirían 1.190 para dar una cobertura en similares condiciones a todo el territorio. Se consideran estándares óptimos disponer de 7 a 10 equipos de atención en casas por cada millón de habitantes y de 8 a 10 en hospitales”, *El País*, 2 de febrero de 2008.

<sup>5</sup> Sólo hay que recordar el tristemente famoso “caso Lamela”, esto es, la acusación de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid en 2005 al equipo médico del doctor Luis Montes por haber cometido 400 homicidios en el hospital Severo Ochoa (Montes, 2008).

capacidad (enfermos mentales o niños menores de 12 años). Sin embargo, en tales ocasiones son los jueces, allí donde la eutanasia o el suicidio asistido son legales (como en Holanda), los que han de resolver el dilema nombrando representantes de los enfermos. Los médicos, en todo caso, no son los garantes de la autonomía del paciente incapaz: la autonomía del enfermo incapacitado es la de su representante legal.

- 2. La muerte es un mal: no se puede aliviar un mal (la enfermedad o la postración) causando otro (la muerte) que es aún mayor y es irremediable*

En nuestra cultura la muerte se concibe como un mal irremediable y casi absoluto, por eso puede resultar a primera vista inmoral que un profesional de la sanidad ayude a alguien a quitarse la vida o le cause la muerte (a petición de enfermo) para librarlo de una grave y dolorosa enfermedad. Sin embargo, también está bien anclado en nuestra cultura el hecho que se puede causar un mal menor (amputar, matar en defensa propia) para conseguir un bien mayor (curar, salvar la propia vida): la muerte misma se concibe en ocasiones como un mal menor, la muerte no es siempre el mayor mal. Puesto que no podemos afirmar que la eutanasia o el suicidio sean siempre males mayores que las enfermedades que padecen quienes solicitan tales prácticas, no son rechazables sin más como males absolutos.

- 3. No es lo mismo dejar morir que matar*

Este argumento es importante, pues no cabe duda que la regulación de la eutanasia afecta a los profesionales de la medicina, a su libertad y a su autonomía: son ellos quienes la tienen que llevar a cabo en última instancia. El Código de la OMC es en esto muy restrictivo: “el médico nunca causará intencionadamente la muerte del paciente...por ninguna exigencia”. Hemos de suponer, pues la OMC no da argumento alguno, que eso debe ser así porque el médico no debe cruzar nunca la frontera entre dejar morir y matar. Ahora bien, la frontera es muy tenue, pues inyectar morfina y retirar los soportes vitales (hidratación, alimentación parenteral) a sabiendas de que el paciente morirá, no tiene por qué ser moralmente mejor que causar directamente la muerte de quien sabemos que va a morir. Puesto que la LET puede retrasar la muerte del enfermo durante varios días, lo que atenta contra el ideal de una muerte rápida (y por tanto contra la dignidad de los pacientes), dejar morir a un enfermo sedado puede resultar moralmente menos razonable que causar intencionadamente una muerte rápida con todas las garantías. De nuevo la eutanasia puede ser el mal menor frente a una muerte más lenta, lo que debilita la idea de que dejar morir es moralmente más legítimo que causar la muerte de enfermos terminales (en el caso del suicidio asistido es el paciente quien se mata, luego no se aplica nada de esto: la ayuda del médico no causa la muerte).

- 4. El personal sanitario no tiene ninguna obligación de llevar a cabo tales prácticas, luego no puede haber un derecho moral a suicidarse con auxilio médico ni a exigir la eutanasia.*

Si se acepta que la eutanasia y el suicidio asistido pueden llegar a ser el mal menor frente a una enfermedad incurable o terminal, pues la muerte rápida e indolora no es siempre el mayor mal; si no cabe esperar a que se tenga un sistema de cuidados paliativos que funcione a la perfección para

empezar a hablar de eutanasia, pues aunque se tenga siempre habrá casos irresueltos; si la autonomía del paciente no puede verse limitada por argumentos paternalistas sobre su capacidad y si, por último, no sólo no existe diferencia moral entre dejar morir y causar intencionadamente la muerte, sino que en ocasiones puede ser moralmente más razonable causar la muerte bajo control médico que dejar morir bajo control médico, entonces los profesionales de la sanidad sí tendrían la obligación moral de causar intencionadamente la muerte a pacientes informados (eutanasia) y de auxiliar en el suicidio para procurar a los enfermos el mayor bienestar bajo circunstancias bien determinadas (que habría que regular legalmente).

#### 5. *La pendiente resbaladiza de la eutanasia y el suicidio*

Este es uno de los argumentos más populares y más débiles en contra de la eutanasia y el suicidio asistido. Si aceptáramos la eutanasia y el suicidio asistido, se dice, caeríamos por una pendiente que conduce al asesinato y a la eugenesia. Los médicos que acepten tales medidas, ¿por qué no habrán de aceptar también acabar con enfermos mentales y otras personas vulnerables que sufren? ¿Cómo se mide el sufrimiento? ¿No tendríamos que ayudar a morir o causar la muerte de cualquiera que lo pida por poco que sufra? En otras palabras, si damos el paso A no podremos evitar dar los pasos B y C que nos harán caer en el abismo (por ejemplo, un argumento de este tipo sería el siguiente: “si se toma una copa de vino (A), detrás vendrá otra (B), hasta que caigamos en el alcoholismo(C)”). Se trata de un argumento falso, pues el paso A (aceptar moralmente la eutanasia y el suicidio asistido) no es la causa de B (asesinar a las personas vulnerables) ni de C (ayudar a suicidarse a cualquiera que lo pida): no existe forma lógica alguna de mostrar que eso sería así. Desde un punto de vista empírico, los casos de Holanda y Bélgica demuestran que no se produce pendiente resbaladiza alguna, como veremos.

#### 6. *La vida es sagrada*

El derecho a la vida es un derecho fundamental de la persona que no está en cuestión cuando se habla de enfermos terminales. La limitación del esfuerzo terapéutico, por ejemplo, no viola el derecho a la vida. Tampoco la eutanasia. Por eso al hablar del carácter sagrado de la vida se hace referencia a un valor más religioso que moral. Mas como no cabe duda de que para mucha gente los valores morales se inspiran en sus valores religiosos, es necesario tener en cuenta este argumento. La vida es sagrada, se dice, porque la otorga Dios: los hombres no son quién para quitarla. Con todo, este es un argumento que muchas confesiones (catolicismo, islamismo, judaísmo) pueden relativizar en ciertos casos. Muchos teólogos cristianos medievales y renacentistas defendían el magnicidio como acto de la ciudadanía en defensa propia contra la crueldad de los tiranos; el mismo St. Tomas consideraba legítimo matar en defensa propia. Del mismo modo, muchas religiones han justificado a lo largo de la historia la Guerra Santa o las Cruzadas. El valor sagrado de la vida, pues, no es absoluto, ni siquiera para la mayoría de las religiones. La eutanasia y el suicidio asistido, que se realizarían como mal menor en circunstancias especialísimas, no atentan, pues, contra el valor sagrado de la vida.

### ***La cuestión social: opinión pública y opinión de los profesionales***

Si los argumentos morales contra la eutanasia y el suicidio no son definitivos (algunos son incluso muy débiles), ¿se apoya la prohibición de ambas prácticas en el rechazo de una población que no está preparada para aceptarlas? No, al menos en el caso español.

Se puede afirmar que la población española está mayoritariamente a favor de la eutanasia. Así, por ejemplo, en un estudio realizado por el Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS) en 1992, un 78% por ciento de los españoles estaba ya a favor de los cuidados paliativos (que no generan polémica alguna) y un 66% se mostraba a favor de que la ley permita que los médicos pongan fin a la vida de un enfermo terminal que lo solicite. Incluso un notable 49% afirmaba estar de acuerdo con que esa decisión pudiera tomarla un familiar.

Esas cifras se han mantenido estables a lo largo de estos años, como muestran los estudios más recientes: en una encuesta del CIS del año 95, el 62% de los encuestados se manifestaba a favor de que “los médicos proporcionen al [enfermo terminal] un producto que ponga fin a su vida sin dolor”. En otro estudio, realizado por la Organización de Consumidores y Usuarios (OCU, 2000), se muestra que tres de cada cuatro españoles son favorables a la regularización de la eutanasia; y en otro más, realizado por el CIS en 2008, 7 de cada 10 españoles aseguran también estar de acuerdo con la eutanasia (CIS, 2008). El estudio de la OCU demuestra, además, que el 70% de los españoles apoyaría el suicidio asistido de un enfermo terminal que lo pidiera. Ese porcentaje desciende a un 51% cuando la enfermedad no es terminal.

En lo que se refiere a la población andaluza, según el *Barómetro Sanitario Andaluz 2007*, la ciudadanía de esta Comunidad Autónoma se muestra casi unánimemente (93,7%) a favor de una muerte digna y de obtener información clínica veraz (93,4%), sea cual sea su estado de salud. Además, una gran mayoría (87,2%) se muestra partidaria de recibir atención y alivio del dolor aunque acelere el proceso de su muerte. Por último, tres cuartas partes de la población andaluza (74,3%) están a favor de la eutanasia: un 39,5% lo estaría a favor de

***La ciudadanía de la Comunidad Autónoma de Andalucía se muestra casi unánimemente (93,7%) a favor de una muerte digna***

una concepción amplia que incluyera también a enfermos incurables que no son terminales y un 34,8 sólo estaría a favor de que se aplicara a enfermos terminales. Por lo demás, llama la atención, dadas estas cifras, que la mayoría de la población andaluza desconozca la existencia del Testamento Vital (78,8%). La ausencia de debate e información sobre estos temas, tanto en Andalucía como en el resto de España, es más que notable.

Los profesionales de la medicina, por su parte, también están a favor de la eutanasia y del suicidio asistido y, por lo tanto, de su regulación legal. Según el estudio *Actitudes y opiniones de los médicos ante la eutanasia* (CIS, 2002) un 41,5% de los médicos considera que se debe cambiar la ley para permitir la ayuda al suicidio asistido o eutanasia en caso de enfermos terminales que lo soliciten; un

18,4% cree que la ley debiera ser favorable al suicidio asistido y a la eutanasia incluso en el caso de enfermos no terminales que padezcan graves sufrimientos físicos o psíquicos.

Los estudios discrepan, sin embargo, en cuanto al número de pacientes que reclaman a los profesionales de la sanidad la eutanasia o la asistencia en el suicidio. Así, por ejemplo, el estudio de la OCU (2000) indica que entre un 65% de médicos y un 85% de enfermeras reconoce haber recibido una petición de eutanasia o suicidio asistido. Además, un 21% de los médicos dice haber participado en la práctica de eutanasia o suicidio asistido (OCU, 2000). Sin embargo, en la encuesta del CIS (2002) se afirma que el 80% de los médicos jamás ha recibido una petición de eutanasia, y el 91,9 nunca ha recibido una petición de ayuda al suicidio.

### *La cuestión jurídica: ¿una prohibición justificada?*

Parece, pues, que la mayoría de los ciudadanos españoles (profesionales de la salud incluidos) está a favor de la eutanasia y el suicidio asistido, sobre todo en el caso de enfermos terminales. El apoyo al suicidio asistido de enfermos incurables no terminales que padecen un grave sufrimiento también es elevado. Esto avala, pues, la idea de que en España ha penetrado ya en general una cultura de la buena muerte que trasciende los cuidados paliativos. Así pues, si los argumentos morales a favor de la eutanasia y el suicidio asistido son sólidos (tanto o más que los argumentos en contra), la población está mayoritariamente a favor y la profesión médica también, ¿por qué siguen siendo ilegales estas conductas en España?

Lo cierto es que España no es una excepción, pues aunque la mayoría de los ciudadanos europeos está a favor de la eutanasia y el suicidio asistido (en ciertos casos con grandes reservas, bien es verdad, debido a factores culturales y sociales) en muy pocos países son legales tales prácticas. En Holanda y Bélgica, los casos quizá más conocidos, ambas prácticas son legales. En Suiza y Alemania la eutanasia es ilegal, pero el suicidio asistido es legal. En Inglaterra un proyecto de ley de 2005 (*Assisted Dying for the Terminally Ill Bill*) daba los primeros pasos para regular ambas prácticas. En el resto de países la eutanasia y el suicidio asistido son ilegales.

Fuera de Europa se ha discutido mucho, por un lado, el caso del estado de Oregón (EEUU), donde se legalizó de forma pionera el suicidio asistido, pero no la eutanasia, y, por otro, el de Colombia, “único país del mundo hasta el momento en el que la práctica de la eutanasia ha sido reconocida como un derecho fundamental por el máximo intérprete de la Constitución” (Tomás-Valiente Lanuza, 2005: 24).

La legislación española, por su parte, se ha modernizado enormemente en los últimos años en lo que se refiere a la regulación de los cuidados paliativos. Así, las comunidades autónomas, que son competentes en el ámbito de la sanidad, desarrollan la Ley 41/2002 impulsando unidades de cuidados paliativos en los hospitales y mediante el desarrollo del Testamento Vital (Cataluña fue pionera en este terreno). En Andalucía un proyecto de ley -el Proyecto de Ley de Derechos y Garantías de la Dignidad de la Persona en el Proceso de

*Las Comunidades de Andalucía y Cataluña son las más avanzadas en el desarrollo de una nueva cultura de la buena muerte.*

la Muerte- pretende impulsar el Artículo 20 del Estatuto de Autonomía. En este sentido, las Comunidades de Andalucía y Cataluña son las más avanzadas en el desarrollo de una nueva cultura de la buena muerte. La gran mayoría de los estatutos autonómicos no hacen referencia a estas cuestiones.

Sin embargo, el desarrollo legal autonómico debe ajustarse a la legalidad vigente española, que prohíbe tanto la eutanasia como el suicidio asistido. El artículo 143 del Código Penal (CP) de 1995 se refiere expresamente a estas prácticas y las prohíbe, si bien, como señala Carmen Tomás-Valiente:

“la opción adoptada por el legislador consistió en atenuar considerablemente la pena de los comportamientos ordinarios de cooperación con actos necesarios al suicidio ajeno (art. 143.2) y de ejecución de la muerte de quien no desea vivir más (art. 143.3), siempre que tales conductas se produzcan en ciertas circunstancias específicamente detalladas en el artículo 143 apartado 4 (relacionadas con la salud y la expresión de voluntad de la víctima)”

Según esta autora, el CP llega a atenuar tanto esos comportamientos que no castigaría el suicidio asistido cuando el suministro de medicamentos al paciente que se quiere suicidar se considere una “colaboración no necesaria”. Sin embargo, ni la sociedad española ni la profesión médica tienen conciencia de esta “despenalización parcial”, pues el legislador no tuvo intención alguna de presentar el artículo 143 en esos términos (Tomás-Valiente, 2005: 12).

Lo más llamativo de la prohibición, tanto en España como en la mayoría de países de Europa, es que ni se sostiene en la opinión de los ciudadanos ni en argumentos éticos sólidos. De hecho, los poderes públicos (ejecutivo y judicial) suelen basar su rechazo sobre todo en dos argumentos que, como hemos visto, son más que cuestionables: la pendiente resbaladiza y la tenue diferencia entre dejar morir y causar la muerte de enfermos terminales agónicos (véase en este sentido la condena de la eutanasia en la *Recomendación 1418* del Consejo de Europa). Y lo que es más grave quizá: hay casos en los que el poder judicial, apelando a dichos argumentos, desvirtúa las despenalizaciones de la eutanasia o del suicidio asistido promovidas por el legislador. Así, por ejemplo, en Alemania, donde la colaboración necesaria, la innecesaria y la inducción al suicidio son impunes, el Tribunal Supremo sanciona esas conductas mediante interpretaciones forzadas del Código Penal.

Sin embargo, como muestran los casos holandés y belga la legalización no conduce necesariamente a una pendiente resbaladiza. En Holanda, el médico que realice una eutanasia deberá ponerlo en conocimiento del forense, que trasladará el caso, con toda la documentación, al Comité Regional de Control (hay cinco en Holanda). El comité tiene que estar compuesto al menos por un jurista, un médico y un experto en ética que serán nombrados por los Ministerios de Justicia y Sanidad por un periodo de seis años. En Bélgica, que tiene un sistema similar, solo existe una Comisión Federal de Control y Evaluación formada por 16 miembros: 8 médicos, 4 juristas y 4 expertos en todo lo relativo a los enfermos incurables y terminales (no sólo aspectos médicos). Los datos sobre eutanasia y suicidio asistido en Holanda y Bélgica muestran que estos países no han caído en ninguna pendiente y que la distinción entre dejar morir y causar la muerte de enfermos terminales es artificial, carece de sustento moral. Es precisamente la falta de regulación legal la que puede llevar a prácticas clandestinas sin control allí donde, como en España, se impone ya una nueva cultura de la buena muerte y tanto la

población como los profesionales de la sanidad están mayoritariamente a favor de la eutanasia y el suicidio asistido.<sup>6</sup>

***Conclusión: necesidad de mayor conocimiento social***

A diferencia de los cuidados paliativos, la eutanasia y el suicidio asistido producen aún debates muy enconados. De hecho, ambas prácticas están prohibidas en casi todos los países del mundo, por lo que no se puede afirmar categóricamente que formen parte de lo que hemos denominado la nueva cultura de la buena muerte. Ahora bien, puesto que los argumentos morales en contra de la eutanasia y el suicidio asistido no son definitivos (algunos son, como hemos visto, poco sólidos) y puesto que la opinión pública española parece que acepta estas prácticas, no es legítimo hurtar a la sociedad el debate sobre estos temas, reduciéndolos a una cuestión puramente legal. Antes al contrario, la eutanasia y el suicidio asistido son fenómenos sociales que deben debatirse públicamente. Por eso recomendamos lo siguiente:

- Andalucía ha llevado al límite sus posibilidades legales en relación con el proceso de morir. Desde ese punto de vista (legal), poco más se le puede exigir. Sin embargo, los poderes públicos aún pueden hacer mucho más para promover el debate social. Los medios de comunicación públicos –radio y televisión- jamás abordan con seriedad estas cuestiones y son la mejor vía de acceso a amplios sectores de la ciudadanía.
- Por otro lado, y para que ese debate se apoye en un conocimiento solvente, es preciso realizar un mayor número de trabajos sociológicos, tanto cuantitativos como cualitativos, sobre las opiniones y los discursos relacionados con la muerte y el proceso de morir, en general, y la eutanasia y el suicidio asistido en particular:
  - a) Encuestas a la población en general.
  - b) Encuestas a profesionales: médicos, jueces, políticos.
  - c) Estudios cualitativos sobre la ética y la percepción social de la muerte y el morir de la población en general.
  - d) Estudios cualitativos sobre la ética y el discurso de médicos y juristas sobre la eutanasia y el suicidio asistido.

*Para que ese debate se apoye en un conocimiento solvente, es preciso realizar un mayor número de trabajos sociológicos, relacionados con la muerte y el proceso de morir*

<sup>6</sup> En efecto, así ha ocurrido recientemente en nuestro país: “Sólo hizo lo que le pedimos: que mi madre no sufriera”: El primer médico condenado por eutanasia en España recibe el apoyo de la familia de la fallecida - Hourmann fue sentenciado a un año de cárcel”, *El País*, 4 de noviembre de 2009.

- Sería imprescindible realizar un estudio sobre cómo muere la gente en Andalucía, en línea con el que promovió en su día el *Hastings Center* (EEUU).
- Por último, sería preciso crear en Andalucía una Comisión o Comité similar a la Comisión Autonómica de Ética e Investigación Sanitaria que, sin dejar de lado las cuestiones éticas y sanitarias, incluya los aspectos sociales, psicológicos y legales del problema de la eutanasia y el suicidio asistido.

### **Bibliografía**

- Barrio Cantalejo, I. y Simón Lorda, P. (2006). "Criterios éticos para las decisiones sanitarias al final de la vida de personas incapaces", *Revista Española de Salud Pública*, 80: 303-315.
- Cohen, J. et al. (2006). "European public acceptance of euthanasia: Socio-demographic and cultural factors associated with the acceptance of euthanasia in 33 European countries", *Social Science and Medicine*, 63: 743-756.
- Comisión Autonómica de Ética e Investigación Sanitaria (2008). *Ética y muerte digna*, Sevilla, Consejería de Salud, Junta de Andalucía.
- Comité Consultivo de Bioética de Cataluña (2006), *Informe sobre la eutanasia y el suicidio asistido*.
- Díez Ripollés, J. L. y Muñoz Sánchez, J. (1996), *El tratamiento jurídico de la eutanasia*, Valencia, Tirant Lo Blanch.
- Diéz Ripollés, J. L. et al. (2000), *La atención a los enfermos terminales*, Valencia, Tirant Lo Blanch.
- Durán Heras, M. A. (2004), "La calidad de muerte como componente de la calidad de vida", *Reis: Revista española de investigaciones sociológicas*, 106: 9-32.
- Dworkin, G., Frey, R. y Bok, S. (2000). *La eutanasia y el auxilio médico al suicidio*, Madrid, Cambridge University Press.
- Kass, L. (1989). "Neither for love, nor for money: Why doctors must not kill", *The Public Interest*, 94.
- Mari-Klose, M. y de Miguel J. M. (2000). "El canon de la muerte", *Política y Sociedad*, 35: 115-143.
- Ministerio de Sanidad y Consumo (2001). *Plan Nacional de Cuidados Paliativos*, Madrid, Publicaciones del Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Montes, L. (2008). *El caso Leganés*, Madrid, Santillana.
- New York Task Force on Life and the Law (1994). *When death is sought: Assisted Suicide and Euthanasia in the Medical Context*, Albany, Nueva York.
- Pérez Oliva, M. (2005), "Morir en España. I, II y III", *El País*, 30/05/2005; 31/05/2005 y 01/06/2005.
- Rodríguez-Arias, D. (2009). "Patologías crónicas del debate público sobre la eutanasia. Aportaciones consecuencialistas", en P. Francés, F. Lara, O. Campos y M. A. Arráez (comps.), *Ética en la práctica*, Granada, Universidad de Granada, pp. 157-178.
- Sesma, D.; Ranchal, J. y Serrano, R. "Opiniones de la ciudadanía andaluza ante la legalización de la eutanasia" en Jaime, A (coord.) *La sociedad andaluza del siglo XXI*, Centro de Estudios Sociales Andaluces, Sevilla, 2009:183-204.
- Simon-Lorda, P., Tamayo-Velázquez, M-I. et al. (2008) "Advance directives in Spain. Perspectives from a medical bioethicist approach" *Bioethics*, 22,6, 2008: 346-354.

- Tomás-Valiente Lanuza, C. (2005). "Posibilidades de regulación de la eutanasia solicitada".  
Fundación Alternativas, Documento de Trabajo 71/2005.  
<<http://www.falternativas.org/laboratorio/documentos/documentos-de-trabajo/posibilidades-de-regulacion-de-la-eutanasia-solicitada>>.
- Vega Vega, C. y Moya Pueyo, V. (1992). "Actitudes ante la eutanasia activa y su legislación en España", *Medicina Clínica*, 98: 545-548.

#### Fuentes estadísticas:

- CIS 1992: *Barómetro de opinión*, marzo de 1992, estudio nº 1.996.  
CIS1995: *Perfiles actitudinales de la población española*; estudio nº 2.203  
CIS 2002: *Actitudes y opiniones de los médicos ante la eutanasia*; estudio nº 2.451.  
CIS 2008: *Religiosidad*, estudio nº. 2752.  
Fundación BBVA 2005: *Encuesta sobre los valores de los jóvenes*.  
IESA 2007: *Barómetro Sanitario Andaluz 2007* (IESA-CSIC)  
OCU 2000: *Calidad de vida en los enfermos terminales*, Organización de Consumidores y Usuarios, OCU-Salud, nº 33, diciembre 2000-enero 2001.



Miguel Melguizo

<http://ecodiario.eleconomista.es/sociedad/noticias/9323832/08/18/Hablamos-de-eutanasia-o-hacemos-un-batiburrillo-.html>

## ¿Hablamos de eutanasia o hacemos un batiburrillo?



Foto: Dreamstime

Con referencia al artículo Diez mitos sobre la eutanasia, firmado por el José R. Zárate, publicado en [Diario Médico](#) el 4 de agosto, quisiera hacer algunas matizaciones.

Para empezar, el subtítulo ya enuncia dos falacias respecto a la eutanasia que adelantan cuál es la posición personal del autor. Una, que la eutanasia es una **demanda social inexistente**. Frente a los deseos del autor, la realidad es que existe un movimiento ciudadano liderado por la Asociación Derecho a Morir Dignamente, fundada en 1984, cuya reivindicación es el reconocimiento legal del derecho la disponibilidad de la propia vida. Un movimiento con un apoyo social absolutamente mayoritario, tal y como muestran todas las encuestas realizadas.

La segunda falacia es que "**la ley de paliativos es más urgente y menos dolorosa**". Recurrir a los paliativos para oponerse a la eutanasia es un subterfugio que esconde la creencia personal – absolutamente legítima- de que tomar la decisión de morir está mal. Desde hace más de diez años, la asistencia paliativa forma parte de la cartera de servicios del sistema nacional de salud, que las comunidades autónomas tienen la obligación de garantizar. Diez comunidades han legislado los paliativos y próximamente se aprobará una ley estatal. Recientemente una consejera de sanidad me comentaba que no puede dotarse de más unidades paliativas porque no tiene médicos, un problema que no se soluciona con ninguna ley. La universalización de la asistencia paliativa es necesaria, pero para eso no hacen falta leyes, sino voluntad política, un plan coherente basado en la atención primaria, un asunto que tiene poco que ver y que, como está totalmente demostrado, no compite con la eutanasia.

La eutanasia es por definición **una muerte rápida e indolora**. No hay engaño. Por eso, las sociedades civilizadas -en lugar de decirles a sus ciudadanos que se corten las venas o se ahorquen- permite a los profesionales que el estado faculta para la asistencia médica dar la muerte con todas las garantías de calidad. Culpabilizar es un concepto religioso extraño en el ejercicio de un derecho del que el único responsable es su titular. Los profesionales sanitarios son los más competentes para valorar el deterioro de la calidad de vida, si una petición es lúcida o no lo es, para transmitir la información necesaria sobre las alternativas de tratamiento que puedan aliviar el sufrimiento y para deliberar sobre las decisiones a tomar, entre ellas adelantar la propia muerte. Como dice el autor, excepto en la muerte súbita, no se puede morir sin sufrir, no se trata de eso, sino de decidir libremente hasta cuándo se desea aguantar ese sufrimiento y morir plácidamente. ¡Claro que podemos angustiarnos ante la muerte, o ante una intervención quirúrgica! Pero también sabemos que, una vez tomada la decisión, nos dormiremos y dejaremos de sentir la vida. ¡Qué liberación!

En un país donde seis estados tienen una ley de suicidio asistido (Oregón, desde 1994), muchas instituciones profesionales se

opongan a la eutanasia, pone encima de la mesa una pregunta importante: ¿A quién representan? La respuesta se la dejo al lector.

Trasladando el debate a nuestro país, ¿Con qué legitimidad se opone la Organización Médica Colegial a la eutanasia? Recientemente, la sociedad española de medicina familiar SEMFYC ha declarado que *"se separa de la negativa, por principios, de la OMC a una posible regulación con el argumento de que "no es un acto médico": no parece recomendable que las instancias profesionales radicalicen, con un posicionamiento tan claro, el discurso social. Este posicionamiento colegial impide, de partida, la participación constructiva de los profesionales en un debate que es reclamado por la sociedad". "La SEMFYC debería, por tanto, adoptar una doble posición: por un lado de "neutralidad de inicio" (como se pedía a las asociaciones profesionales recientemente desde el British Medical Journal) y, por el otro, de "exigencia de garantías": que el debate se realice tras un análisis profundo de la situación actual (Libro Blanco del Final de la vida en España)".*

El Colegio de Médicos de Barcelona va por la misma senda de neutralidad: *"Indiscutiblemente, los cuidados paliativos pueden rescatar a muchos enfermos incurables de la desesperación y de las ganas de morir. Eso no quita, sin embargo, que una persona, en función de su grave situación clínica, de sus creencias, de la su escala de valores y, posiblemente, de otras variables, en plena competencia y en uso de su autonomía, desee disponer de su propia vida y pida ayuda médica para hacerlo. Cuidados paliativos y petición de eutanasia o asistencia al suicidio, por tanto, no se excluyen. Aun así, nadie debería desear morir por falta de acceso a los cuidados paliativos". "El debate sobre la eventual regulación y despenalización de la eutanasia no es un debate médico, o únicamente médico, sino social, ético y político. Por tanto, su concreción corresponde a la sociedad, a través de sus representantes democráticos".*

Esperemos que otros Colegios de Médicos, como el de Madrid, se sumen al debate respetando la pluralidad de la profesión.

La experiencia norteamericana de la muerte asistida no es el modelo de referencia para la regulación de la eutanasia, que sigue prohibida

en todos los EEUU. En Europa, el profesional no se limita a prescribir una medicación, sino que asiste a su paciente hasta que acontece la buena muerte. En EEUU existe todo un debate sobre el uso de las palabras, prefieren hablar de muerte asistida, pero en España no estamos ahí y la palabra suicidio asistido está en la ley. Algún día habrá que abordar el mantra de que el 90% de los suicidas padecen un trastorno mental, pero no ahora.

No obstante, la experiencia americana aporta datos interesantes, como las razones por las que las personas solicitan el suicidio asistido, semejantes a las europeas: pérdida de autonomía, incapacidad de participar en actividades agradables y pérdida de la dignidad, que -según el autor- "nadie sabe muy bien en qué consiste". Eso no es cierto, la dignidad es un valor que cada persona concreta a nivel individual, haciendo un balance de su vida, descubriendo ella misma lo que está dispuesta a soportar. La dependencia, la incapacidad para una vida satisfactoria y la falta de dignidad tienen un impacto en la vida de la persona que llamamos sufrimiento y que en poco a nada se puede aliviar con paliativos. ¡Pero ojo! Las leyes de eutanasia en ningún caso suponen un juicio de valor sobre la calidad de vida de los ciudadanos. Es esa experiencia personal de sufrimiento, es su biografía, sus valores, su libertad, no su situación de enfermedad, la que determina su voluntad de morir.

Tras la oposición a la eutanasia existe una idea sorprendente y hasta estrafalaria, que consiste en poner bajo sospecha la relación médico paciente. ¿De qué forma una ley de eutanasia convierte al médico en un psicópata o un asesino en serie? ¿Por qué nuestra médica de cabecera va a adelantar nuestra muerte sin nuestro consentimiento? La sospecha, el temor a los abusos, es otra falacia más.

Asociar la pendiente resbaladiza con la eutanasia por sufrimiento de origen psicológico es tergiversar este argumento, sugerente, pero falso. Una cosa es que algunos casos de personas con un trastorno mental grave, especialmente jóvenes, provoquen controversia social, sobre todo fuera de Benelux, y otra muy distinta es que la ley favorezca el homicidio de personas a las que se adelanta su muerte contra su voluntad (slippery slope). Desde 2002, más de 50 mil

personas han muerto voluntariamente en Benelux, sin que haya habido ni un solo caso de homicidio. Estos son los hechos.

Por último, es una incongruencia hablar de respeto y dudar de la responsabilidad de las personas no incapacitadas judicialmente para tomar sus decisiones, cuando éstas plantean su muerte voluntaria. La autoliberación no es más digna que la muerte natural, ni menos. Es una opción, que cada persona contempla, según sus valores y también sus posibilidades. Cualquiera puede ir a una ferretería a comprar una soga, pero no todo el mundo conoce a un médico dispuesto a ayudarlo a morir y sólo unos pocos pueden viajar a Suiza para morir cuando ellos decidan.

Como decía Laín Entralgo "a veces el médico añora en secreto aquellos viejos tiempos en que al enfermo se le podía guiar como a un niño. Las cosas eran entonces ciertamente más sencillas. Pero la infancia del enfermo ha concluido, tras haberse prologado durante muchos siglos. Acabó de forma brusca hace tan sólo unas décadas. Y a veces no es fácil para el enfermo asumir su nuevo poder. Y a veces no es fácil para el médico asumir su reciente pérdida de poder. A veces no es fácil, ni es cómodo, ser adulto".

*Javier de Lucas*

## **Libres hasta el final**

*InfoLibre*, 24 de octubre de 2018.

### **Aún es intempestivo reivindicar el derecho a la propia muerte**

Voy a proponer en lo que sigue algunas consideraciones, probablemente intempestivas, seguro que políticamente inoportunas, sobre lo que considero el debate radical que queda oculto tras la actual discusión en torno a la despenalización de determinadas prácticas eutanásicas y de suicidio asistido, e incluso sobre el proyecto de ley del grupo parlamentario socialista que reconoce –¡por fin!– el derecho a la eutanasia.

Porque, sin negar los muy positivos avances que representan unas y otras, creo que no van a lo que a mi juicio es la raíz: **el derecho original de todo ser humano a decidir sobre aquello que es más importante, nuestra propia vida y su final**. Un derecho que por ahora es sólo, claro, una libertad (“no existe en la Constitución un derecho a morir”, nos recuerdan los ortodoxos juristas y políticos). Un derecho por cuyo reconocimiento pugnan no pocos, y que corresponde a todos, se esté o no en algunos de los supuestos “legalizados”, se pertenezca o no a alguno de los dos grupos de personas reconocidos en ese buen proyecto, esto es, enfermos en fase terminal; graves discapacitados permanentes. Sólo esos supuestos, en efecto, justifican reconocer como un derecho la decisión de poner fin (las más de las veces, de ayudar a poner fin) a la vida, de forma “dulce”, esto es, digna, que eso es la eutanasia. Un avance, desde luego, en la lucha por evitar tener que pasar por el sufrimiento y, menos aún, por la crueldad que supone la imposición “a toda costa” de su prolongación, algo a lo que intentan responder las diferentes modalidades de reconocimiento del derecho a los “cuidados paliativos”, la barrera en la que se detienen C's y PP y también la iglesia católica.

Me atrevo a utilizar esa expresión nietzscheana, Intempestivas. Entre 1873 y 1876, publicó Nietzsche los volúmenes que componen sus *Unzeitgemässe Betrachtungen*, Consideraciones intempestivas, una feroz diatriba de la cultura oficial (alemana), guiadas por lo que él mismo considera el “proceder en un sentido contrario al espíritu contemporáneo y, con ello, surgir un efecto sobre él y los tiempos futuros”. Lo intempestivo, como se ha escrito, busca “quebrar la temporalidad de lo actual como afirmación exitosa, como festejo de la realización del devenir de la historia”.

Pues bien, sin pretensión alguna de comparación con el genio y la ambición del filósofo alemán, lo que impulsa estas líneas es ese objetivo: abandonar de una vez la autocomplacencia acerca del “triunfo” del espíritu civilizado de estas reformas. Ir a la raíz.

Hay mucho que decir sobre los diferentes proyectos presentados en esta legislatura y que inciden en los **cuidados paliativos y el derecho a la eutanasia**, desde la iniciativa legislativa de Unidos-Podemos en la que se estaban manifiestamente presentes las tesis de la Asociación DMD y del Grupo de Estudios de Política Criminal, un proyecto del que en buena medida es deudor el socialista, la del Parlament de Catalunya para la reforma del artículo 143.4 del Código Penal, o la de Cs sobre los cuidados paliativos, hasta llegar al escandaloso plagio legislativo en el que ha incurrido el PP al presentar su enmienda a la totalidad del proyecto impulsado por el Gobierno.

Sobre todo ello, puede leerse este artículo de de [Víctor Alonso Rocafort](#). Reconozco que el proyecto de ley que reconoce el derecho a la eutanasia y que impulsa el Gobierno Sánchez es un avance muy positivo (aunque mejorable): ojalá se mejore en el trámite parlamentario y se apruebe. Pero si escribo es para argumentar que incluso este proyecto de ley que reconoce el derecho a la eutanasia deja filosóficamente casi intacto el paternalismo que supone la sumisión de nuestra decisión sobre aquello que nos es más propio, la propia muerte, al control por parte de sabios, especialistas, clérigos y demás representantes de la autoridad.

### **Tres tesis sobre la coherencia de este derecho originario con la lógica de los derechos, del Estado de Derecho y de la democracia**

Frente a eso, creo que es hora de que reivindicemos coherentemente y de una vez el viejo ideal de autonomía, sin el cual, conceptos tan venerables como frecuentemente vacíos o redundantes son poco más que retórica que tantas veces se pone al servicio de decisiones que, de hecho, son incompatibles con esa dignidad. ¿Acaso no es la suprema indignidad tener que someterse a la decisión ajena sobre la única elección verdaderamente nuestra, la de la propia muerte?

Lo expondré a través de tres tesis que me parece están en consonancia con el argumento básico expuesto de forma concisa y brillante por Javier Pérez Royo en su artículo "[derecho a la propia muerte](#)". Esas tres tesis tratan de razonar que el desarrollo coherente de la cultura de los derechos humanos, del Estado de Derecho y de la idea misma de democracia, postulan el reconocimiento de este derecho básico.

**Primera tesis:** el derecho al libre desarrollo de la personalidad, y con ello la dignidad de la persona, es el fundamento del derecho a decidir sobre la propia muerte, que va más allá de la obvia libertad de elegir morir. Se trata de un derecho que debe ser reconocido como tal derecho humano de rango fundamental.

Formulación negativa: **No hay un desarrollo pleno y coherente de la cultura de los derechos humanos**, si no se incluye este derecho a decidir la propia muerte.

El primer argumento que, a mi juicio, justifica jurídicamente –quiero decir, constitucionalmente– la consideración del derecho a decidir sobre la propia muerte como derecho fundamental, es que se trata, probablemente, de la manifestación más relevante del libre desarrollo de la personalidad, proclamado en el artículo 10 como fundamento del orden político y de la paz social. Me remito a una tradición filosófica de larga data. Basta recordar el dictum de Sófocles: “Quien sigue apegado a la vida en la desgracia, o es un cobarde o es un estúpido”, que encuentra desarrollo en el estoicismo romano de los Séneca (“La cosa mejor que ha hecho la ley eterna es que, habiéndonos dado una sola entrada a la vida, nos ha procurado miles de salidas”, escribe en las Epístolas morales a Lucilio) o Marco Aurelio. En esa tradición es ineludible referirse al ensayo de Hume, *On Suicide* (1790), pasando por los argumentos de Schopenhauer (1891), “es bastante obvio que no hay nada en el mundo para el que cada hombre tenga un título más irrefutable que su propia vida y persona”, la concepción de libertad y daño de J.S. Mill en *On Liberty* (1859), hasta llegar al planteamiento de Camus, que sostiene que la libertad no es tal si no lo es en el test, por sí decirlo, supremo: el del derecho a decidir (sí, el más genuino derecho a decidir, por así decirlo) sobre la propia vida, sobre su final. Decidir sobre las cuestiones que afectan de modo más relevante a mi propia

vida, **eso es la libertad, eso es la dignidad**. Y entre esas cuestiones, ¿qué duda cabe que se encuentra la de la propia muerte?

Creo que desde el punto de vista filosófico-jurídico podemos vincular el fundamento de esas tesis con la noción misma de autonomía de la voluntad, que otros calificarían jurídicamente como el derecho a decidir sobre el propio plan de vida. Y es obvio que este es el fundamento deontológico de lo que denominamos derechos humanos. Pero eso exige dos precisiones.

La primera es algo que, por evidente, a veces queda oculto. Me refiero a lo que entre otros, ha señalado mi colega el profesor J.C. Carbonell cuando critica a mi juicio con razón, una parte de la jurisprudencia constitucional sobre esta cuestión. En efecto, **no tiene ninguna racionalidad contraponer en bruto dos derechos como el derecho a la vida y el derecho a la muerte**. La muerte es un hecho inevitable: nuestra única certeza (puesto que sabemos que, al menos para algunos, es posible evitar el deber de pagar los impuestos, la otra presunta certeza). No hablamos del derecho a la muerte, y **menos todavía de la apología del suicidio** sin más. Hablamos del derecho a elegir la muerte digna, como último acto de libertad.

Y en segundo lugar, no conviene convertir el derecho a la vida (condición ontológica de los derechos, sí) en un derecho sagrado, absoluto o en un imperativo categórico, un deber absoluto y sagrado, indisponible: sólo quienes adopten una determinada posición trascendente (no la única) u holista pueden sostener que el dueño de ese derecho no es el propio sujeto, sino dios, o la especie/grupo social/la sociedad, **ante quienes tendríamos el deber de mantener la vida** sin disponibilidad de nuestra parte. Ambas dos justificaciones son criticadas por Hume con toda claridad cuando escribe.

Pues bien, como han destacado notables juristas, una interpretación integradora de vida y libertad y, por tanto, una interpretación del artículo 15 a la luz del libre desarrollo de la personalidad, obliga a considerar que **"la vida es un derecho, no un deber"**. Es eso lo que nos explica Séneca cuando escribe "no se trata de huir de la vida, sino de saber dejarla". Como reconoció la Sentencia del Tribunal Constitucional de 11 de abril de 1985, debe recordarse que la vida no es en ningún caso un imperativo incondicionado, porque como también ha recordado el TC, desde la más elemental consideración jurídica que fuera recordada por Kant, la **noción de derechos –y la de deberes– absolutos es una contradicción en los términos**, pues hace imposible la libertad individual, los derechos de los otros, el Derecho mismo.

Por supuesto que el elemento que justifica este enfoque en la perspectiva filosófica jurídica, como ya sugerí antes, es el argumento liberal de J. S. Mill en su muy relevante ensayo *On Liberty*, acerca de la justificación de la interferencia del poder, del Derecho, en el ámbito de la libertad individual. Como recordarán, no es otro que la noción de **daño**: pero no cualquier daño, sino un daño relevante y mayor que el de la limitación de la libertad. Y la pregunta es ¿cuál es ese daño, o, para expresarnos en términos jurídicos, cuál es el bien jurídico dañado –y más relevante que la libertad individual– a la hora de no reconocer la regulación de la eutanasia como derecho y aun penalizarla? Confieso que no lo encuentro: creo evidente que ni el daño indiscutible que puede ocasionar a terceros su pérdida, ni la pérdida de la vida como un bien indiscutible pueden justificar a mi juicio el daño que se ocasiona al bien jurídico deontológicamente

prioritario que es la libertad individual (la vida lo es ontológicamente, pero no deontológicamente). **Un daño peor que el daño a terceros**, a la sociedad, a la vida.

Porque, insisto, hablamos de un derecho, y no de **un deber que se impone como imperativo categórico** ajeno a la voluntad del propio sujeto. Esa concepción puede justificarse desde determinadas visiones morales o religiosas, pero jurídicamente hablando es una manifestación de lo que los iusfilósofos denominamos "paternalismo no justificado", por incompatible con la autonomía moral y jurídica individual.

**Segunda tesis:** el derecho a decidir sobre la propia muerte es un derecho imprescindible desde la coherencia con la lógica del Estado de Derecho, con su lógico desarrollo, y con la noción garantista de la libertad que éste supone.

Formulación negativa: no hay Estado de Derecho pleno y coherente sin el derecho a decidir sobre la propia muerte.

Si el Estado de Derecho tiene un fundamento, una línea roja que podemos descubrir como elemento de sentido que lo hace preferible es precisamente éste: el compromiso de reconocer a la persona como dueña de su destino y respetarla en lo que vale su dignidad. Porque, como asegura el propio texto constitucional, sin dignidad de la persona, el Estado de Derecho carece de sentido.

Vuelvo a recordarlo: cuando nuestra Constitución define qué tipo de Estado y qué orden social institucionaliza, cuando quiere formular su núcleo, su fundamento, lo hace de forma inequívoca en su artículo 10: el libre desarrollo de la personalidad es el fundamento del orden político y de la paz social.

El Estado de Derecho surge precisamente para **proteger la libertad individual**, radical y deontológicamente superior, previa, a la acción de poder al que sólo le otorgamos competencias limitativas de la libertad cuando se cumple, como también he recordado, la limitación formulada por ese paradigmático liberal que fue Mill. Prohibir esta manifestación de libertad, cuando hablamos de la elección libre de lo que uno considera muerte digna, **es un abuso de poder**, precisamente el mal frente al que se alzan el concepto y la arquitectura institucional del Estado de Derecho.

Eso es, por cierto, lo que me parece criticable en el indiscutible paso positivo que supone el proyecto de ley de eutanasia que impulsa hoy el grupo parlamentario socialista. Para el ejercicio del derecho a la eutanasia que, insisto, no es el derecho por el que abogo en estas páginas, proyecto de ley, incurriendo a mi juicio en un exceso de precaución que revela un fondo paternalista, establece la supeditación de la decisión al juicio apriorístico de una Comisión, a la que se atribuye competencia para decidir sobre un concepto plausible en principio, pero que me parece peligrosamente próximo a los conceptos jurídicos indeterminados, de tanto riesgo cuando hablamos de garantías de los derechos humanos, como es el de "valores vitales" ("conjunto de convicciones y creencias de una persona que dan sentido a su vida y que sustentan sus decisiones y preferencias en los procesos de enfermedad y muerte"), recogido en el apartado 8 del artículo 3. No discuto la oportunidad de una Comisión de control y evaluación, pero creo que su función debe ser la de mera fedataria de la concurrencia de los requisitos que la ley disponga para el reconocimiento del ejercicio de este derecho.

**Tercera tesis:** el derecho a decidir sobre la propia muerte es un derecho imprescindible si hablamos de lógica propia de la legitimidad democrática.

Formulación negativa: **no hay democracia plena y coherente sin este derecho.**

La democracia es sobre todo **democratización de la política**: esto es, igualdad en las libertades que, ante todo, son libertades individuales. La democracia parte de considerar que el sujeto del poder es el pueblo, esto es, todos y cada uno de los ciudadanos en condiciones de igual libertad. Y la democracia es el antídoto del discurso del miedo y de la minoría de edad. Las razones de la eutanasia como derecho son las de la libertad igual, la de ausencia de minoría de edad o tutelaje, las del respeto a la irreductible dignidad de cada uno de los ciudadanos. Aquí valen de nuevo las tesis de Mill y las de Hume: “es imposible que surjan en un pueblo las artes y las ciencias que nos liberan de la superstición si ese pueblo no cuenta con un gobierno que respete la libertad”.

En el fondo, la democracia es la lógica consecuencia política del ideal de emancipación, de autonomía, que, siguiendo las huellas de los estoicos y de los humanistas del Renacimiento (de Erasmo a Montaigne), propusieron los ilustrados – véase el *Qué es Ilustración*, de Kant–, aunque no se atrevieran a dar ese paso. La democracia es **la respuesta al discurso político de la minoría de edad** que hace de los seres humanos súbditos y no ciudadanos, el discurso del "miedo la ignorancia, la superstición y el engaño", el discurso de la desigualdad del cerdo Napoleón en *Rebelión en la granja*, el discurso paternalista que justifica la mentira y el engaño al pueblo por su propio bien. Y no: no necesitamos guías ni padres, **ni salvadores que nos impongan lo que debemos hacer**. Tampoco –y lo digo desde el máximo respeto– filósofos, médicos o clérigos que **decidan por mí** sobre el final de mi vida.

Me gustaría explicarme bien, para que se me entienda: no digo que el ejercicio de este derecho deba quedar **exento de regulación**, en aras de las garantías. Sostengo lo contrario, porque no creo en derechos absolutos y porque soy consciente de los riesgos. Pero no acepto que este sea un derecho cuyo ejercicio sólo pueden reclamar enfermos terminales o personas gravemente discapacitados: deben adoptarse todas las precauciones necesarias. Como todos, debe ser regulado para adoptar eficazmente las precauciones necesarias que eviten cualquier forma de abuso y debe disponer de la garantía última, que en Derecho es la decisión de un juez independiente sobre el ejercicio del derecho así regulado. Pero esas precauciones no pueden ser tales que supongan de hecho la supeditación de la libre voluntad a la voluntad de otros. Por eso, tampoco acepto que **la última palabra sobre mi vida** la tenga una comisión, por sabios y buenos que sean sus miembros.

No he ocultado que, con mejor o peor acierto, subyace a estas páginas el deslumbrante comienzo de *El mito de Sísifo* de Camus, donde leemos: “No hay más que un problema filosófico verdaderamente serio y es el suicidio”. Y soy consciente, por tanto, de su complejidad. Más aún, desde luego, de la prudencia exigible a la hora de argumentar por el reconocimiento del derecho a la propia muerte. Ese ejercicio de la prudencia es el privilegio que nos otorga la razón, tal y como nos recuerda perennemente Marco Aurelio: **“una de las funciones más nobles de la razón consiste en saber si es o no tiempo de irse de este mundo”**.