

# EL DEBATE SOBRE LA EUTANASIA

## ¿Hacer o dejar morir?

Hospital Universitario Central de Asturias - 1996

### 1. LA CONFUSIÓN DE LOS TÉRMINOS

Como ya se sabe la palabra «eutanasia» proviene del griego (*euthanasia*). Su significado etimológico es el de «buena muerte» en el sentido de morir en paz, sin dolores ni angustias, incluso con conciencia y rodeado de los seres queridos, pero fue adquiriendo connotaciones particulares con el transcurso de la historia<sup>1</sup>. La práctica de la eutanasia ya se admitía en la cultura griega (Platón y Aristóteles), en el estoicismo (Séneca), en la época medieval (Averroes), a principios de la época moderna (F. Bacon y T. Moro) y con alusiones indirectas al hablar de la abolición del suicidio por los algunos ilustrados (D. Hume) y hombres de estado (Th. Jefferson). Entre finales del siglo XIX y comienzos del XX hubo autores (A. Jost y K. Binding-A. Hoche) que tuvieron un gran influjo sobre la futura discusión sobre la eutanasia. A partir del año 1933, coincidiendo con la promulgación de la Ley para la Prevención de las Enfermedades Hereditarias por el III Reich, se inició el período más siniestro y vergonzoso de la historia de la eutanasia eliminando de forma masiva, secreta y camuflada a enfermos psíquicos y a otros pacientes aquejados de diversos males. El escándalo de los nazis amortiguó la discusión sobre la eutanasia durante algún tiempo, pero volvió a resurgir con fuerza debido a varios factores:

1. El cambio de escenario a la hora de morir: hoy se muere habitualmente en el hospital y existe la convicción de que la muerte suele ser allí un acontecimiento deshumanizado. Así parece apuntarlo el dato de que el 35% de las enfermeras se imaginan su propia muerte rodeadas de sus familiares y jamás en un hospital<sup>2</sup>.

2. La modificación del tiempo de morir o alargamiento excesivo de la agonía, que se hace posible por la aplicación de sofisticadas técnicas biomédicas para prolongar la vida del enfermo terminal hasta incurrir en el «encarnizamiento terapéutico».

3. La proliferación de asociaciones en favor de la eutanasia voluntaria y la adhesión que le han prestado relevantes personalidades, como fue el caso de los premios Nobel L. Pauling, G. Thomson y J. Monod (*The Humanist*, julio/agosto 1974).

4. El aumento de la casuística médica y judicial, desde hace un par de décadas, que han puesto de relieve la dificultad de aplicar la palabra eutanasia a situaciones, circunstancias, intenciones y conductas muy diferentes.

5. Y la introducción de un factor decisivo: el principio de *autonomía* del enfermo. El énfasis que hoy se pone en la defensa de los derechos humanos, entre los que se encuentra el de decidir sobre las intervenciones que se realizan en el propio cuerpo, sustenta la idea de que el hombre es propietario y responsable de su muerte a la que convierte en asunto de elección personal por antonomasia.

Todos estos factores han creado la necesidad de ir añadiendo diferentes calificativos al vocablo principal, o bien a poner en curso otras palabras alternativas que sirvieran para clarificar las posiciones y los límites del debate. Los términos más usuales son los siguientes:

- Se entiende por eutanasia *activa* la acción médica que acelera deliberadamente la muerte de un enfermo o pone fin a su vida. Por el contrario, la eutanasia *pasiva* consiste en la no aplicación de esa misma acción o terapia que podría haber prolongado

<sup>1</sup> Cfr. J. GAFO, *La eutanasia*, Madrid, 1989, 115-135.

<sup>2</sup> Cfr. S. URRACA MARTÍNEZ, «Estudio evolutivo de la muerte», *Jano* 653 (1985) 51.

la vida del enfermo. Lo característico de la primera es la *comisión* del acto, mientras que lo característico de la segunda es su *omisión* o no-aplicación.

- Los calificativos de directa e indirecta están relacionados con el famoso principio del doble efecto. La eutanasia *directa* se refiere a la acción voluntaria cuyo efecto inmediato es acabar con la vida de un enfermo terminal, como sucedería en caso de administrarle una solución de cianuro o una sobredosis de morfina. En cambio, la eutanasia *indirecta* se refiere a la acción voluntaria cuyo efecto inmediato es bueno pero que, indirectamente y sin buscarlo, provoca la muerte del enfermo, como sería el caso de aplicarle derivados de morfina para aliviar sus dolores aunque ello le acorte su vida.
- No obstante, la expresión más extendida hoy día es el de eutanasia *voluntaria*, entendiéndose por tal la petición explícita del enfermo, es decir, libre y sin presiones ajenas que puedan condicionar su decisión. Se dice que este tipo de eutanasia es la que tiene viabilidad hoy día<sup>3</sup>.
- También es necesario explicar el significado de otros dos conceptos importantes en esta discusión: el de medios ordinarios o proporcionados y el de medios extraordinarios o desproporcionados. Los medios *ordinarios* o *proporcionados* se refieren a terapias abundantes, baratas, aceptadas clínicamente después de haber superado la fase de experimentación, habituales, no agresivas, permanentes y obligatorias. Los *extraordinarios* o *desproporcionados* se refieren, en cambio, a terapias escasas, costosas, en fase de experimentación, sofisticadas e invasivas, temporales y opcionales.

Junto a estos términos de orden calificativo se han introducido otros, a lo largo de los últimos años, cuya función es la de clarificar el concepto mismo de eutanasia. Se trata de una serie de neologismos que han tenido solamente un éxito relativo: distanasia, adistanasia, ortotanasia, benemortasia y otro muy poco eufónico como es el de cacotanasia.

## 2. EL PROBLEMA DE LAS CIFRAS

La encuesta realizada en 1988 a 344 médicos colegiados en Barcelona<sup>4</sup> arroja datos muy significativos. El 82% es partidario de la eutanasia *pasiva*: se deben omitir los medios para mantener la vida en caso de un diagnóstico de muerte cerebral; la misma proporción de encuestados cree que se ha de administrar exclusivamente tratamiento para calmar el dolor a los enfermos que atraviesan un proceso irreversiblemente fatal y hayan formulado su deseo de no vivir. No se pudo extraer ninguna respuesta concluyente sobre la frecuencia de la eutanasia pasiva: el 52% cree que es una práctica frecuente y el 48% piensa que no es una práctica habitual.

En cambio, tan sólo el 10% está a favor de la eutanasia *activa* aplicada al enfermo que ha explicitado su deseo de no seguir viviendo: el 9,9% de los médicos son partidarios de ponerla en práctica ante un proceso muerte irreversible y el 5,8% cuando no comporta una amenaza vital. Aún desciende más el porcentaje en caso de enfermos incapacitados para decidir: son partidarios de este tipo de eutanasia el 4,9%, si hay diagnóstico de muerte cerebral, y el 3,2% si tienen lugar procesos claramente fatales.

El supuesto más conflictivo se refería a los pacientes incapacitados para decidir, que sufren un proceso grave pero que no supone amenaza vital: el 56% de los médicos es favora-

---

<sup>3</sup> J. T. BETANCOR, «Bioética y eutanasia», en M. CASADO (ed.), *Materiales de Bioética y Derecho*, Barcelona, 1996, 303.

<sup>4</sup> COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS DE BARCELONA, «Encuesta de opinión sobre la legalización de la eutanasia», *Labor Hospitalaria* 212 (1989) 98-105.

ble a la utilización de todos los medios posibles para alargarles la vida, mientras que el 32% sólo es partidario de mitigar el dolor.

A su vez el 80% de los encuestados opina que no se deben utilizar medios técnicos para alargar innecesariamente la vida, cuando el enfermo está ante una situación irreversible y no es capaz de asumirla con posibilidades de conferirle un sentido.

Respecto al tema de la legalización de la eutanasia, el 82,3% de los médicos barceloneses opina que es necesario regular esta práctica mediante una ley. El resto, un 17,2%, se manifiesta contrario por razones de carácter ético-religioso. En cuanto al tipo de eutanasia permitida por la ley, el 52,3% cree que debería ser la eutanasia pasiva, mientras que el 43,2% considera que es necesario regular ambas prácticas.

Otra encuesta realizada por Sigma Dos en 1996, sobre una muestra de 1052 personas<sup>5</sup>, revela que siete de cada diez españoles consideran que la eutanasia es una práctica ética, otro 11% de la población se muestra comprensivo hacia ella y sólo el 20% la rechazan. El estudio pone también de manifiesto que la opinión más favorable corre a cargo de los jóvenes de 20 a 29 años (el 79%), sobre todo si tienen estudios universitarios.

Recientemente, en Francia, la Asociación por el Derecho de Morir Dignamente avanza la cifra de 2.700 eutanasias anuales en todo su territorio nacional, poniendo de relieve que son muchos los que “hacen la vista gorda” ante estas prácticas en instituciones públicas y privadas<sup>6</sup>. Los estudios realizados entre la población general muestran que un 80% de los franceses son partidarios de la eutanasia y un 65% lo han pensado incluso para ellos mismos. Se afirma también que, en los Países Bajos, el 49% de los médicos generalistas menores de 50 años son favorables a la eutanasia teórica y prácticamente.

Se podrían añadir los resultados de otras encuestas realizadas en diversos países. En cualquier caso las encuestas no sólo indican un estado de opinión, que es imprescindible conocer. Presentan también el problema de la interpretación de las cifras, puesto que no todo el mundo entiende lo mismo cuando habla de la eutanasia. Evitar a un enfermo la tortura de una agonía interminable, desconectarle el respirador automático o suprimirle la alimentación artificial, no iniciar o suspender un tratamiento desproporcionado y sin sentido, administrarle una escala de fármacos para aliviar el dolor y el sufrimiento, suministrarle una sobredosis de morfina o una cápsula de cianuro para poner fin a su vida, son todas ellas conductas y situaciones muy diferentes que se encubren bajo la misma palabra.

### 3. EL CENTRO DEL DEBATE

La complejidad de las situaciones clínicas, la gran dificultad que supone distinguir tajantemente unos casos de otros y la ambigüedad que rodea al propio concepto de eutanasia, aconsejan prescindir de la mayoría de los términos anteriores. Recuérdese que en bastantes casos es muy difícil establecer con precisión la diferencia moral entre comisión y omisión, acción activa y pasiva, directa e indirecta, así como la de medios ordinarios o proporcionados y extraordinarios o desproporcionados.

No obstante, aun contando con que esa distinción pueda ser “sibilina” o moralmente irrelevante para algunos autores, tampoco existen razones convincentes para arrojarla al cuarto de los trastos inútiles. Precisamente por eso continúa siendo razonable la distinción entre «dejar morir» y «quitar la vida», a pesar de las críticas que recibe. Poner el acento en la intención de los actos no es ninguna clase de malabarismo demagógico porque, si en verdad lo fuera, habría también que equiparar la autoinmolación de quien entrega su vida para salvar a otros con la de quien se la quita a sí mismo por carecer de sentido, pongamos por ejemplo. Y, del

---

<sup>5</sup> Hay un resumen en la revista *Jano* 1183 (1996) 24.

<sup>6</sup> E.FERRER, «La medicina en el mundo», *Jano* 1227 (1997) 21.

mismo modo, si un enfermo terminal deja de respirar y no se le reanima, porque eso parezca lo correcto dada la precariedad de su vida, pero siga respirando después espontáneamente, no quiere decir que lo más humano hubiese sido asfixiarlo antes.

La mejor manera de captar lo que aquí se ventila consiste en plantear el problema en términos de *conflicto* entre dos valores igualmente relevantes: el valor de la *vida humana* y el derecho a una *muerte humana*. La solución de este conflicto dependerá de las opciones globales de fondo que tenga cada uno, pero hoy por hoy solamente cabe una de las dos siguientes salidas: eliminar uno de los dos valores o buscar el modo de integrarlos.

- Si se pretende integrar ambos valores surge una manera de atender al enfermo terminal, que tiene como objetivo humanizar el proceso del morir sin provocar abreviaciones tajantes de la vida ni prolongaciones desproporcionadas de la muerte. Es la propuesta global de la ética cristiana y de otras alternativas a la eutanasia propiamente dicha, que veremos más adelante.
- Si se pretende eliminar la *muerte*, alejando su llegada todo lo posible, se somete al enfermo terminal a la tortura de una agonía interminable que conculca su derecho a morir en paz. Esta solución puede estar suponiendo, además, que la vida es un valor absoluto, cuando lo que hace en realidad es degradarla a una situación indigna del ser humano.
- Si se pretende eliminar la *vida*, por considerarla insoportable o carente de valor, caben a su vez otras dos soluciones legítimas en función de la respectiva ética subyacente, aunque sean irreconciliables entre sí: 1ª) Causar la muerte por medios *indirectos* como forma de respetar la vida física y, especialmente, la dignidad y el bienestar integral de la persona enferma. 2ª) Causar la muerte por medios *directos* como única forma de respetar la decisión autónoma de quien la solicita y, a la vez, la elección del menor de los males (la muerte) que se presenta bajo el rostro del único bien circunstancial.

A partir de este planteamiento conviene hablar de eutanasia cuando estamos ante una acción médica que, por petición expresa del paciente, tiene como consecuencia primera y primaria la supresión de la vida del enfermo terminal. Habrá que afirmar también que el objetivo o la intención de quien la practica o de quien la solicita pretende poner fin a los dolores físicos o psíquicos, percibidos como el “mal mayor”, pero el acto que se ejecuta persigue el efecto inmediato de acabar con la vida del enfermo que se percibe como el “mal menor”. A este tipo de conducta es mejor y más claro llamarlo *eutanasia*<sup>7</sup> o *suicidio asistido*, según el caso.

En consecuencia, impedir la aplicación de medidas desproporcionadas a un enfermo para evitarle la tortura de una agonía interminable, *no* es eutanasia. Suministrarle medidas paliativas que alivien y hasta supriman el dolor y el sufrimiento, a sabiendas de que ello puede acortarle la vida, *no* es eutanasia. No iniciar o suprimir un tratamiento cuando se comprueba que no tiene sentido, según las indicaciones médicas habituales, *no* es eutanasia. Administrar dosis de sedación haciendo todo lo posible para mantener un nivel de conciencia suficiente, aunque ello sea muy difícil, *no* es eutanasia. Extender entre toda la población la conveniencia de firmar un testamento vital que incluya las características anteriores, *no* es promover la eutanasia. Y, más aún, suprimir el soporte vital ordinario (en algunas circunstancias y para ciertas personas) a un enfermo que se encuentra en estado vegetativo comprobado y permanente, *quizá tampoco* sea eutanasia. En cambio, a todas esas actuaciones sí se las podría englobar bajo la expresión de «ayudar a morir en paz» o de tener una *muerte digna*, es decir, humana, sobre todo si tiene lugar en un ambiente presidido por la cercanía y la ternura.

---

<sup>7</sup> Cfr. J. GAFO, «Eutanasia», en *10 palabras clave en bioética*, Estella, 1994, 100.

Por consiguiente, el debate actual no reside en discutir el derecho a «morir en paz» o a tener una «muerte digna» o «dulce», aspecto sobre el que hoy se está de acuerdo, sino en si es lícito *provocarla* de manera consciente y deliberada. Dicho con otras palabras, la cuestión no consiste sólo en poner fin a los sufrimientos de un enfermo incurable sino en acortarle voluntariamente la vida para conseguirlo.

A su vez, los *criterios* decisivos que sirven para delimitar los contornos del debate y que es necesario aplicar siempre de manera simultánea, aun reconociendo de nuevo la falta de precisión a la hora de evaluar numerosas situaciones, son cuatro: 1º padecer enfermedad física, 2º irreversible o incurable, 3º con dolores o sufrimientos insoportables y 4º terminal o próxima a la muerte. Manifiesto mi más sincero y profundo respeto hacia los enfermos que atraviesan situaciones extremadamente difíciles por otras razones, pero los criterios anteriores no se pueden aplicar de modo indiscriminado pues, de lo contrario, se borrarían las diferencias morales con el homicidio y el suicidio. Por tanto, en esta discusión no se debería tratar sobre la legitimidad de disponer de la vida de *cualquier* enfermo, sino de aquel en quien no existen fundadas esperanzas de vida, ni condiciones que puedan calificarse como humanas, ni reversibilidad posible de la muerte, según establecen los criterios clínicos habitualmente en curso.

Únicamente bajo esas circunstancias y teniendo en cuenta los criterios anteriores se debería discutir acerca de la licitud ética de la eutanasia y del suicidio asistido y, por consiguiente, sobre la conveniencia de una regulación jurídica que garantizase el derecho a morir dignamente.

#### 4. LAS POSICIONES ACTUALES

El abanico de respuestas que hoy existen en torno a la eutanasia es dispar e incluso antagónico. Antes de exponerlo conviene tomar buena nota de que los dos conceptos que están en el fondo de todo el debate son el de *calidad* de vida y el de *autonomía* personal. El primero es intercambiable con el de vida digna o indigna de vivirse y el segundo se refiere a la capacidad que tiene el hombre para darse leyes a sí mismo y, por lo tanto, para ser y actuar como sujeto independiente. La interpretación que se haga de ambos conceptos y la mutua complementariedad que hay entre ellos condicionan por completo las diversas soluciones del conflicto. Veamos, entonces, las posturas de mayor relieve en el campo de la Bioética

1. Hay autores que están plenamente convencidos de que, en cualquier sociedad liberal y democrática, el derecho a una «muerte digna» se fundamenta exclusivamente en la *autonomía* personal. Esto significa que solamente le corresponde a cada uno «decidir en ciertas circunstancias que su calidad de vida está tan disminuida que continuar con una existencia así no tiene ningún sentido y por lo tanto puede acabar con ella»<sup>8</sup>. Si el derecho a la autonomía justifica el de controlar el curso de la vida y decidir cómo viviremos, entonces cada ser humano lleva consigo también el derecho subsidiario a controlar la duración de la vida y la manera de morir.

Aún hay quienes llevan más lejos la argumentación anterior al afirmar que, desde el punto de vista ético, el bien supremo del hombre no es la vida sino la *libertad*<sup>9</sup>. La vida es una condición necesaria, pero no suficiente, para existir en cuanto hombre. La condición suficiente para vivir de una manera humanamente digna es la libertad, o sea, la capacidad para elegir y decidir por sí mismo el curso de la existencia. Por consiguiente, cuando la vida ha perdido todo su valor por carecer de calidad y ya no es humanamente digna, la muerte se presenta como el mayor bien circunstancial y el suicidio se convierte en una acción moralmente permitida. Más aún, quien solicita libremente la eutanasia está pidiendo a otro que cumpla el deber de

---

<sup>8</sup> M. CHARLESWORTH, *La bioética en una sociedad liberal*, Cambridge 1996, 39.

<sup>9</sup> Cfr. A. PIEPER, «Argumentos éticos en favor de la licitud del suicidio», *Concilium* 195 (1985) 363-374.

hacerle el único bien en juego (la muerte “asistida”), porque el bien de la vida ha desaparecido de su horizonte. Por eso hay quienes definen la eutanasia como «la procura de una buena muerte (un “asesinato piadoso”) en el que una persona A pone fin a la vida de una persona B por el bien de ésta»<sup>10</sup>.

El punto débil de esta postura reside en no ser capaz de transferir su argumentación a quienes carecen de autonomía por razones jurídicas, mentales o psíquicas y hasta por motivos de avanzada edad tal como sucede hoy, por ejemplo, cuando se introduce a muchos ancianos en una especie de “eutanasia social” peor que la propia muerte física.

2. Otros autores, sin embargo, hacen un planteamiento diferente aplicando a la situación del enfermo terminal los cuatro principios que componen la estructura de la Bioética<sup>11</sup>. La eutanasia tiene que ver con un principio moral distinto del de autonomía, y anterior a él, que es el de *justicia*. Entendida como el derecho de tratar a todos con igual consideración y respeto, incluye el deber recíproco de tratar a los demás con la misma medida. En consecuencia, todos los hombres sin excepción deben ser respetados y tratados por igual, aun en el caso de que renuncien explícitamente a ello, porque la dignidad humana permanece siempre a pesar de que su propio sujeto la niegue. El plano del bien común, por razones de justicia, tiene tal prioridad sobre el plano individual o de autonomía que nadie puede hacer daño a los demás, incluso en el caso de que se lo pidan. Dicho con otras palabras, lo más apremiante y urgentemente correcto en la Bioética es la «no-maleficencia». Se puede hacer el bien a otra persona si ésta quiere, o sea, nadie está obligado a practicar la beneficencia en contra de la voluntad autónoma de su destinatario, aunque esto suponga un valor más elevado y perfecto, pero sí todo el mundo está obligado a no hacerle mal aun cuando lo pida expresamente. Así pues, intervenir de manera deliberada y directa en el proceso de un enfermo terminal para provocarle la muerte, actuando incluso por motivos de «compasión» hacia lo que el paciente valora como un bien, conculca el principio de justicia y se transforma en maleficencia.

Así todo, esta segunda postura considera la existencia de *excepciones* cuando el descenso de la calidad de la vida y la invasión del dolor coloca a ciertos enfermos en una situación peor que la de la muerte y les hace pedirla a gritos. En tales casos es obvio que los principios de justicia y no-maleficencia dejan de tener relevancia práctica y las decisiones han de tomarse sólo de acuerdo con los principios de autonomía y beneficencia. En esa situación, y solamente en ella, debe respetarse la voluntad del enfermo siempre que se dé proporción entre la competencia de éste y las consecuencias previsibles de su acto. Nadie está, pues, obligado a conservar su vida mediante decisiones heroicas para sobrellevar un sufrimiento insoportable y, de igual modo, nadie tiene obligación moral de someterse a procedimientos desproporcionados que alargan sin sentido la muerte.

La parte débil de esta postura reside en la falta de lógica que se produce al cambiar innecesariamente el plano de argumentación. Para justificar las excepciones anteriores no hay por qué acudir a los principios de autonomía y beneficencia. Precisamente por razones de *justicia* no se debe martirizar a ningún enfermo, prolongándole la vida sin sentido, puesto que ello equivaldría a poner en práctica una maleficencia injustificable a todas luces.

3. Las posiciones antagónicas también aparecen con claridad desde la perspectiva jurídica, como está sucediendo en España durante los últimos años.

Por un lado se sostiene que la vida es un bien libremente disponible por su titular y que, en consecuencia, el suicidio es un acto libre y jurídicamente no desaprobado<sup>12</sup>. El fundamento que justifica esta posición se puede encontrar en el Art.10.1 de la Constitución Español-

<sup>10</sup> H. KUHSE, «La eutanasia», en P. SINGER (ed.), *Compendio de Ética*, Madrid 1995, 405.

<sup>11</sup> Cfr. D. GRACIA, «Prólogo», en J. GAFO, *La Eutanasia*, Madrid, 1989, 16-17.

<sup>12</sup> Cfr. J. M. VALLE MUÑIZ, «Disponibilidad de la propia vida y Constitución de 1978», *Jano* 913 (1990) 41-52. Una postura semejante es la que defiende J. T. BETANCORT en el artículo antes citado (cfr. nota 3).

la, donde se proclama que la base del orden político y de la paz social es la *dignidad* de la persona, los derechos individuales que le son inherentes y el libre desarrollo de la propia personalidad. La dignidad de la persona se materializa en el reconocimiento de los derechos constitucionales, que son inviolables por ser inherentes a la propia dignidad. Si ello es así, la dignidad de la persona se configura como un principio dinámico que se ve refrendado por el reconocimiento constitucional del libre desarrollo de la personalidad, como verdadera meta de la efectiva vigencia de los derechos fundamentales. No cabe otra interpretación de los derechos y de las libertades ajena a la dignidad de la persona. Por lo tanto, es «indudable» que el sujeto puede disponer libremente de su vida y que el acto del suicidio es expresión del ejercicio de un derecho constitucionalmente amparado.

De otra parte se sostiene también<sup>13</sup> que, partiendo del derecho comparado, se podría justificar la eutanasia pasiva en caso de demostrar la improcedencia de perpetuar una existencia artificial basada en la aplicación de técnicas biomédicas carentes de sentido. Sin embargo, no se ve cómo es posible justificar la eutanasia activa utilizando en este caso el Art.15 de la Constitución, puesto que allí se establece la preeminencia y el carácter *absoluto* del bien jurídico en juego, es decir, el de la vida, subrayando que *todos* tienen derecho a ella. El Estado de Derecho recoge la idea de la intangibilidad de la vida, que se eleva así sobre cualquier otra consideración e impide que ceda o capitule ante cualquier tipo de motivaciones. La prohibición de matar es absoluta, aun cuando medie una petición expresa y consciente del solicitante. Existe falta de lógica en el hecho de que si alguien quiere morir se justifique por esa razón el hecho de alguien pueda matar. Dada la prohibición de matar, la invocación de la dignidad del hombre no posee virtualidad suficiente para erigirse en causa de justificación, ni tampoco cabe aludir por ello al derecho de libre desarrollo de la personalidad, puesto que resultaría paradójico hablar de esta última cuando de lo que se trata realmente es de su eliminación.

4. Conviene recordar, finalmente, que el *Código de Ética Médica* español<sup>14</sup> define la eutanasia como «homicidio por compasión» y la rechaza tajantemente por ser «contraria a la ética médica» (Art.28.1). El médico no debe provocar «intencionadamente» la muerte a ningún enfermo, ni siquiera cuando éste o sus allegados lo soliciten, porque «no es deontológico la existencia de un período en que la vida humana carece de valor» (Arts.25.1 y 4.1).

En el caso de enfermos terminales está obligado a cumplir cuatro deberes fundamentales (Art.28.2), relacionados todos ellos con la eutanasia *pasiva e indirecta*: 1) limitarse a aliviar los dolores físicos y morales del paciente, 2) mantener dentro de lo posible la calidad de una vida que se agota, 3) evitar emprender o continuar tratamientos sin esperanza, inútiles y obstinadas, y 4) asistir al enfermo hasta el fin, con el respeto que merece la dignidad del hombre.

Por lo que se refiere a la casuística del estado vegetativo permanente y su relación con los trasplantes de órganos, se dice textualmente: «La decisión de poner término a la supervivencia artificial en caso de muerte cerebral sólo se tomará en función de los más rigurosos criterios científicos y las garantías exigidas por la Ley. Antes de suspender los cuidados, dos médicos cualificados e independientes del equipo encargado de obtener los órganos para trasplante, suscribirán un documento que autentifique la situación» (Art.28.3).

## 5. LA LEGALIZACIÓN DE LA EUTANASIA

A comienzos del siglo actual ya hubo intentos de legalizar la eutanasia. Sin embargo, las crueldades cometidas durante la época nazi influyeron en la Asociación Médica Mundial para que se adoptasen en todo el mundo las mismas pautas de conducta que han quedado re-

<sup>13</sup> Cfr. A. TORÍO LÓPEZ, «Reflexión crítica sobre el problema de la eutanasia», *Jano* 924 (1990) 85-91.

<sup>14</sup> CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS MÉDICOS, *Código de Ética y Deontología Médica*, Madrid, 1990.

cogidas en el Código de Ética Médica español antes citado. A pesar de todo, en 1950 fue enviado un documento a las Naciones Unidas solicitando la inclusión del derecho a la eutanasia *voluntaria*, en la Declaración de los Derechos del Hombre, para aquellos enfermos que se encontrasen en una situación incurable. La solicitud se repitió en 1968 y 1970.

Holanda ha sido el primer país donde se ha despenalizado la eutanasia, es decir, continúa siendo un delito en su Código Penal pero no se sanciona si se dan una serie de condiciones. Allí se entiende por eutanasia «toda intervención directa y eficaz del médico para causar la muerte del paciente que padece una enfermedad irreversible o que se encuentra en fase terminal y con sufrimiento insoportable, a petición de éste»<sup>15</sup>.

En julio de 1996 el Parlamento del Estado del Territorio Septentrional de Australia aprobó la «Ley de Derechos del Enfermo Terminal», donde se reconoce la legalidad del *suicidio asistido*. A ella se acogieron varios enfermos de cáncer y, según parece, el 60% de los médicos del país son partidarios de esa manera de morir. Entre los requisitos exigidos destacaban los siguientes<sup>16</sup>:

1. El enfermo debe de tener más de 18 años, ser capaz, y decidir por su propia voluntad.
2. Padecer una enfermedad que le provocará la muerte en un breve lapso de tiempo y que le produce dolor o sufrimientos severos.
3. Que no existan tratamientos curativos, sino sólo paliativos.
4. El médico tiene que haberle informado exhaustivamente de su diagnóstico y pronóstico y de las posibilidades de tratamiento, incluida la posibilidad de cuidados paliativos, apoyo psicológico y psiquiátrico y terapias de soporte vital.
5. El paciente tiene que valorar las implicaciones personales y familiares de su decisión.
6. El enfermo tiene que ser evaluado por dos médicos: un especialista en cuidados paliativos o con experiencia en ese campo; un psiquiatra para avalar el diagnóstico y pronóstico establecido por el médico del paciente y para certificar que la decisión de este último es voluntaria, no debida a una presión clínica tratable.
7. Hacer una solicitud por escrito que se debe formalizar más de 7 días después de la petición inicial, en presencia del médico del enfermo y de otro doctor (que puede ser uno de los anteriores), con los que el paciente discute nuevamente su decisión antes de estampar su firma.
8. Han de pasar más de 48 horas desde que el documento de solicitud fue firmado por el enfermo.
9. El paciente puede renunciar a su petición en cualquier momento del proceso y de cualquier manera.
10. La no satisfacción de estos requisitos conlleva una pena de multa de 20.000 dólares y 4 años de prisión.

A pesar de que estas medidas hayan sido consideradas como las que mayor sensibilidad han mostrado para evitar, dentro de lo posible, abusos éticos y legalmente injustificables, la ley fue abrogada en marzo de 1997 por el organismo superior del Senado australiano.

¿Qué se puede decir ante la posibilidad de que ocurra algo parecido en España?. La realidad sanitaria, social y cultural de nuestro país es muy distinta a la australiana, pero es probable que nos veamos abocados a ello tarde o temprano. No obstante, el calibre del conflicto moral y jurídico que ahí está en juego tampoco debería solucionarse por mimetismo internacional. Quizá lo primero que habría que hacer sería erradicar antes el modelo paternalista de relación médico-paciente, poner en marcha con todo rigor la práctica del consentimiento informado y, sobre todo, desarrollar una sólida estructura de cuidados paliativos para atender a los enfermos terminales. Es entonces cuando comenzaría el verdadero debate sobre

<sup>15</sup> Cfr. J. T. BETANCOR, «Bioética y eutanasia»..., 302.

<sup>16</sup> Cfr. P. SIMÓN LORDA, «Eutanasia en Australia: luces y oscuridades», *Jano* 1193 (1997) 9.



la eutanasia porque, entre otras cosas, estarían mejor perfilados los límites de la casuística que ahora se está discutiendo. En cualquier caso, una hipotética legalización de la eutanasia no representaría todo el espectro moral de la sociedad española si no incluyera los siguientes requisitos:

- Derecho a la objeción de conciencia para aquellos médicos que deseen acogerse a ella, sin represiones laborales de ninguna clase.
- Tipificación de los derechos del enfermo terminal que garanticen una muerte en paz, en el sentido indicado a lo largo de esta exposición.
- Garantías para delimitar bien los casos y evitar todo tipo de abusos.
- Garantías para comprender bien el auténtico deseo de quien solicite la eutanasia, con el fin de saber si está pidiendo otro tipo de asistencia y de muerte.
- Subvenciones económicas para promocionar el estudio y la investigación del dolor e implantar Unidades de Dolor.
- Facilitar económica y jurídicamente la implantación de Unidades de Cuidados Paliativos en todo el territorio español.
- Incorporar la Medicina Paliativa, la Tanatología y la Algología al currículo de especialidades médicas y de estudios universitarios de Medicina.

Sin embargo, la posible legalización o despenalización de la eutanasia no cerraría definitivamente el problema. Aún quedaría pendiente la asignatura de demostrar que existen otras vías alternativas para ayudar a morir en paz, sin recurrir a la eutanasia como tal.

## 6. ALTERNATIVAS A LA EUTANASIA

Ya hace bastante tiempo que comenzaron a surgir iniciativas. Se podrían englobar bajo la expresión genérica de «Medicina Paliativa», una nueva modalidad de atención a los enfermos terminales cuyo punto de partida consiste en tomar conciencia de que cuando ya no se puede curar, aún se puede *cuidar* propiciando una asistencia integral desde el punto de vista físico, psíquico, social y espiritual, tal como se ha dicho más atrás.

Este cambio de mentalidad ha dado lugar a numerosos programas especializados, que se pueden dividir básicamente en tres categorías:

- Las *Unidades de Cuidados Paliativos*, que están integradas física y funcionalmente en los hospitales. La parte distintiva de las UCP son las Unidades de Dolor.
- Los *Hospicios*, que son instituciones especializadas y, a la vez, independientes física y funcionalmente de los hospitales.
- Los *Programas de Atención a Domicilio*, que ofrecen un tipo de asistencia similar a los anteriores pero manteniendo al enfermo en su ambiente familiar.

La experiencia aconseja que lo más práctico es realizar *programas combinados* entre los tres modelos anteriores, a fin de que el paciente pueda ser atendido por el mismo equipo interdisciplinar indistintamente en su domicilio o en una institución. En cualquier caso las cifras hablan por sí solas: en Inglaterra e Irlanda hay 111 hospicios y 170 programas de atención a domicilio, Estados Unidos tiene alrededor de 2000 hospicios, Canadá alcanza la cifra de 359 programas combinados y 2 hospicios, Alemania cuenta con 2 hospicios y una UCP, Francia con 13 UCP e Italia con varios programas de atención a domicilio<sup>17</sup>.

Merece un comentario aparte el modelo asistencial de los Hospicios. Su origen se remonta a la Edad Media, como forma de atención material y espiritual a los peregrinos, se recuperaron en el siglo XIX por las Hermanas Irlandesas de la Caridad y comenzaron a difundirse después de la II Guerra Mundial. Entre los años 50 y 60 fue muy decisiva la influencia de

---

<sup>17</sup> Cfr. J. M. NÚÑEZ OLARTE, «Unidades de Cuidados Paliativos, Medicina al servicio de los enfermos terminales», *El Médico* 375 (1990) 67-70.

Cecily Saunders, enfermera, asistente social y médico, que fundó en 1967 uno de los más conocidos: el St. Christopher de Londres. Los hospicios actuales son mucho más que un edificio. Se trata de un concepto o forma de asistencia a los pacientes terminales, que se centra en los siguientes puntos<sup>18</sup>: control del dolor en todas sus manifestaciones, relación interpersonal con cada enfermo, acompañamiento individualizado para que nunca se sienta solo, selección de personal especializado cuya tarea principal es la presencia y la cercanía, y ayuda para aceptar la muerte y su fase final.

La crítica más frecuente que se suele hacer a los hospicios es la de convertirse en «almacenes de moribundos» y en establecer demasiada separación entre enfermos curables e incurables. Sin embargo los resultados parecen ser otros. En Inglaterra, por ejemplo, hay asociaciones en favor de la eutanasia que se plantean sus propias posibilidades de futuro en caso de que continúe prosperando el modelo de los hospicios.

Otro ejemplo elocuente es **BASIDA** (Aranjuez), un grupo de hombres y mujeres que se dedican a *humanizar* la muerte de los enfermos terminales de SIDA. A lo largo de siete años han dicho adiós a la vida de más de 120 personas que terminaron siendo sus amigos. Les ofrecieron ternura, cercanía y calor humano. Acompañaron su dolor, compartieron su sufrimiento, cargaron con su angustia...dejándolos morir en paz. Los versos que componen el lema de su casa lo resumen perfectamente:

«Déjame poner tus manos  
en tu herida,  
pon tus manos cansadas  
en mi vida  
y juntos volaremos».

En definitiva, se nos está diciendo que el enemigo del enfermo terminal, si en realidad tiene alguno, no es la muerte. Quizá tampoco el dolor, teniendo en cuenta las medidas que se le aplican en las unidades de cuidados paliativos. El enemigo es nuestra incapacidad e insensibilidad para estar junto a él compartiendo sus miedos y sus esperanzas. Dicho con otras palabras, el problema real se reduce a la práctica de la solidaridad.

Este principio de actuación moral hunde sus raíces en el patrimonio colectivo de la humanidad y renace hoy con inusitada urgencia en diversos ámbitos de la sociedad. Brota de la experiencia de que cada uno tiene que hacerse responsable del otro y es la traducción moral del hecho de la interdependencia entre los seres humanos. Es la otra cara del principio de justicia: si éste se refiere a la igualdad de individuos libres que poseen dignidad por el hecho de ser autónomos e insustituibles, aquél se refiere a la necesidad de hacer el bien y procurar la felicidad a todos los compañeros de camino, sobre todo a los más frágiles. No son dos momentos que se complementan, sino dos aspectos de la misma cosa<sup>19</sup>.

La solidaridad es la demostración práctica del principio del «*reconocimiento del otro*», que sintetiza los deberes morales del resto de principios de la Bioética: no hacer daño a nadie (no-maleficencia), tratar a todos por igual de acuerdo con sus legítimos derechos (justicia), procurar objetivamente el bien (beneficencia) y respetar las decisiones individuales (autonomía). Más aún, la solidaridad es la fuente revitalizadora y crítica de toda la Bioética, porque sólo reconociendo al otro como un *tú* humano será posible el diálogo interpersonal, la comunicación de sentimientos y la atención de necesidades ajenas.

---

<sup>18</sup> Cfr. J. GAFO, *10 palabras clave...*, 159-165.

<sup>19</sup> Cfr. J. HABERMAS, «Justicia y solidaridad», en K. O. APEL - A. CORTINA - J. L. ARANGUREN y otros (eds.), *Ética comunicativa y democracia*, Barcelona, 1991, 198.