

EUTANASIA, AUTONOMÍA Y LA LIBRE DISPONIBILIDAD DE LA PROPIA VIDA

EUTHANASIA, AUTONOMY AND THE FREE DISPOSING OF ONE'S OWN LIFE

Elías Pérez Sánchez

Asociación Española de Ética y Filosofía Política

eliasperez@edu.xunta.es

Resumen

Los argumentos tradicionales contrarios a la disponibilidad de la propia vida conservan alguna fuerza: en algunas sociedades, el intento de suicidio se considera todavía un delito y la colaboración —o complicidad— sigue siendo igualmente una conducta delictiva. No obstante, en los últimos años se ha llevado a cabo un creciente reconocimiento del llamado “derecho a una muerte digna”. De todos modos, ese derecho soporta ciertas condiciones que lo convierten, a mi entender, más en un eslogan pegadizo y engañoso que en un derecho claramente consolidado y reconocido. En el presente artículo intentaré explicar diversos argumentos a favor y en contra de la libre disponibilidad de la propia vida formulados a lo largo de la historia del pensamiento occidental. Posteriormente, trataré de demostrar que la libre disposición de la propia vida encuentra demasiadas restricciones en España y que en algunas de ellas subyacen principios extraseculares impropios de una sociedad democrática, pluricultural y secular como la nuestra.

Abstract

Traditional arguments against disposing of one's own life are still valid in part: in some societies attempting suicide is still considered a crime, and collaboration with-or complicity- is likewise criminal behavior. Nevertheless, in the last few years there has come about a growing recognition of “the right to a dignified death”. At the same, that right comes with certain conditions which, to my way of thinking turn it more into a catchy, deceptive slogan rather than into a clearly consolidated and recognized right. The present article will attempt to explain the different arguments for and against the

free disposing of one's own life as put forward throughout the history of western thinking. Afterwards an attempt will be made to show that the free disposal of one's own life meets with too many restrictions in Spain, and that in some of them there are underlying extra secular principles, unbecoming to a democratic, multicultural and secular society such as ours.

Palabras clave: eutanasia, autonomía, derecho a morir dignamente, paternalismo, religión, principios morales.

Key words: Euthanasia, autonomy, right to a dignified death, paternalism, religion, moral principles.

Introducción

Es evidente que la ciencia médica y la nueva sofisticación tecnológica conllevan un control creciente sobre nuestras vidas y nuestros estados o situaciones terminales. Dicho progreso ha generado dos situaciones posibles y, en ocasiones, antagónicas: por una parte, la intervención médica es capaz de mejorar las expectativas vitales de los enfermos facilitando su recuperación y mejorando su calidad de vida; por otra, cuando la intervención médica fracasa, es capaz de retrasar el momento de la muerte del enfermo provocando con ello un deterioro de la calidad de su vida. Esta última posibilidad (el “encarnizamiento terapéutico”, “obstinación terapéutica” o “encanallamiento terapéutico”¹), ha provocado en los últimos tiempos un cambio de actitud frente al momento final de la vida y el proceso de la muerte, generando también una mayor conciencia social sobre la necesidad de una “muerte digna”, incluso forzando, en algunos casos, las fronteras de la legalidad actual con respecto a la interrupción voluntaria de la vida humana. El resultado final es que la sociedad tiende a reclamar el derecho a elegir no sólo su muerte sino su momento.

Es en este contexto donde debemos situar la discusión actual sobre la eutanasia, el auxilio activo al suicidio y el derecho a la libre disposición de la vida de las personas. En el presente trabajo pretendo realizar un esbozo de los fundamentos teóricos que sugieren que las “conductas de desconexión” y los tratamientos paliativos pueden ser alternativas viables frente a la eutanasia activa. Pretendo hacer ver que dichos fundamentos, de carácter marcadamente religioso, inciden de un modo determinante en la deontología médica profesional española y en la actual regulación

jurídica de la eutanasia en España. Sobre este punto considero que tales fundamentos requieren una revisión y exigen la necesidad de un planteamiento de los problemas al final de la vida (en concreto, el problema más polémico de la eutanasia) más acorde con una sociedad liberal, democrática y multicultural como la nuestra.

Comenzaré retomando el sentido conceptual de la eutanasia y sus diversas variantes para, después, realizar un breve recorrido sobre el homicidio y la libre disposición de la propia vida a lo largo de la historia de la filosofía. En los siguientes apartados trataré el problema de la eutanasia y la libre disposición de la propia vida en España, centrándome en la doctrina de la Iglesia Católica y la deontología médica española analizando —brevemente— los pilares básicos en los que se sustenta su posicionamiento. Posteriormente realizaré un breve esbozo sobre la situación jurídico-penal de la eutanasia en España. Concluiré apelando a una conveniente y necesaria reflexión acerca de que las decisiones personales e individuales sobre la propia vida y la propia muerte deben ser reconocidas “de facto” por el derecho penal y la deontología médica en una sociedad pluricultural y liberal como es la española.

Eutanasia y tipología

Conceptualmente, sugiero que se entienda por “eutanasia” la anticipación voluntaria y consciente de la muerte de un enfermo que sufre una situación médica terminal, por acción u omisión, con el fin de producirle un bien —un beneficio— o, como mínimo, evitarle un mal (Foot, 1977; Wreen, 1988; Beauchamp y Davidson, 1979). Las condiciones en las que el enfermo puede encontrarse serían las siguientes: sufriendo una enfermedad notoriamente incurable y soportando al mismo tiempo dolores físicos o angustias psíquicas difícilmente tolerables; manteniendo un estado físico degenerativo, incluso sin existir un peligro inmediato de muerte (es decir, soportando cualquier enfermedad incapacitadora, incluida la que pudiera sufrir un enfermo tetrapléjico al que todavía le pueda quedar mucho tiempo de vida); por fin, manteniéndose con vida a pesar de la pérdida irreversible de la conciencia (Farrell, 1996a; 1996b). Entendida de esta manera, la eutanasia podría adoptar alguna de las formas siguientes: mediante la administración de calmantes, con el fin primordial de aliviar los dolores del enfermo, incluso admitiendo y reconociendo como una consecuencia colateral —y prácticamente segura— la anticipación de la muerte; mediante la no aplicación de tratamientos o no prolongación de la situación del



paciente suspendiendo los medios extraordinarios de asistencia médica, bien omitiendo el tratamiento de una enfermedad marginal, bien interrumpiendo un gota a gota intravenoso, o el suministro de oxígeno; por último, a través de la administración por parte del médico de una dosis letal de morfina (o alguno de sus derivados) con la intención clara de causar la muerte del paciente.

Las tres formas antes citadas se refieren a las ya conocidas eutanasia indirecta, pasiva y activa. Todas ellas pueden llevarse a cabo con la petición expresa del paciente (eutanasia voluntaria) o sin su requerimiento (eutanasia no voluntaria), aunque nunca en contra de su consentimiento (Farrell, 1996b; Nino, 1992). Esta última posibilidad contemplaría las situaciones siguientes: el paciente no ha tenido nunca la opción de elegir entre la vida y la muerte (un neonato con severas anomalías físicas) o tuvo la posibilidad de decidir pero la perdió en la actualidad (por ejemplo un enfermo terminal adulto que perdió para siempre la conciencia y que antes de hacerlo no expresó ninguna opinión sobre la eutanasia en tales circunstancias) (Singer, 1995; Kuhse, 1995; Kohl, 1974; Glover, 1977; Harris, 1985). Se excluye, como es lógico, la posibilidad de realizar cualquiera de dichas conductas en contra de los deseos del paciente (eutanasia involuntaria), ya que, si la finalidad de la eutanasia es *per se* beneficiar al paciente difícilmente podría cumplir dicho requisito llevándola a cabo en contra de sus intereses y sus deseos.

Homicidio y libre disposición de la propia vida a lo largo de la historia de la filosofía

A lo largo de la historia, todas las sociedades se plantearon algún límite o restricción a la posibilidad del homicidio y de la disposición de la vida *manu propria*. Sin embargo muchas veces han diferido entre sí en los principios morales, sus fundamentos teóricos, las circunstancias de su aplicación e, incluso, en las excepciones que dichos principios coercitivos pudieran prever. La pregunta que subyace a cualquier discusión sobre el suicidio, la eutanasia y el suicidio asistido es la siguiente: ¿puede el ser humano renunciar a vivir?

Desde un punto de vista general, la respuesta a la cuestión de la disponibilidad de la propia vida ha pasado por momentos bien diferenciados a lo largo de la historia de la humanidad.

Un primer momento de defensa unánime de la justificación de la muerte



voluntariamente decidida se dio lugar en el contexto del pensamiento grecolatino bajo influencia del paganismo. Como sabemos, uno de los ideales de la cultura grecolatina consistía en “morir bien” o “morir dignamente”, entendiéndolo yo, por “muerte digna”, aquella que era fruto y consecuencia de una decisión individual, libre y racional. Recordemos que Epicteto (*Enquiridón* o *Máximas*, XVIII, X) minimizaba la importancia de la muerte e intentaba restarle dramatismo llegando a considerar admisible y recomendable la renuncia a la vida como una afirmación de la libre voluntad cuando el dolor y el sufrimiento eran prolongados o resultaban extremadamente insoportables. Para los estoicos como Séneca (*Cartas morales a Lucilio*, LXI) o Marco Aurelio (*Soliloquios*, libro III), la renuncia a la vida era una actitud digna, noble y racional. De alguna manera, “vivir noblemente” significaba también “morir noblemente”, de modo que la liberación del sufrimiento hacía del suicidio una alternativa racional y moralmente deseable haciendo ver que la muerte es parte de la vida y que esta última se cumple con la muerte; esto es: entendiéndolo la vida y la muerte como un *continuum*, como una misma realidad.

Con la entrada en escena del cristianismo, la tradición moral dominante a lo largo de muchos siglos e influyente en la actualidad se rompe con la permisividad grecolatina al sostener que la vida humana es un don y un regalo divino, de modo que sólo Él puede decidir cuándo terminarla. de modo que los seres humanos, hechos a imagen y semejanza del Creador, no tendríamos derecho alguno sobre nuestras vidas. La Iglesia de los primeros cristianos prohibía no solo la disponibilidad de la propia vida (al menos en situaciones que generaran un beneficio propio²), sino también todo tipo de homicidio al entender que las enseñanzas de Jesús, e incluso las enseñanzas bíblicas y del Antiguo Testamento, no permitían ninguna excepción a esta regla³. Después se hicieron algunas excepciones, principalmente para permitir la pena capital, la muerte en conflictos bélicos y, sobre todo, al convertirse ya en una doctrina religiosa mayoritaria, para perseguir con la muerte a aquellos sectores religiosos, paganos o ateos que no aceptaban su religión, practicando, como bien ha señalado José L. Tasset (2007), el mismo grado de intolerancia que siglos antes había cuestionado cuando era una religión minoritaria. Para el cristianismo, el suicidio y, por extensión, la eutanasia, eran consideradas conductas prohibidas, ya que no se ajustaban a los preceptos formulados por los primeros teólogos que prohibían cualquier homicidio intencional de un ser humano inocente⁴. Este hecho es el que ha influido de modo determinante en las actitudes occidentales posteriores y actuales acerca de la

moralidad de matar.

No obstante, no ha sido la única razón esgrimida en contra de la disponibilidad de la propia vida y la ajena. En el pensamiento medieval, tanto Agustín de Hipona (*La Ciudad de Dios*, XVII, XIX, XXII, XXIII) como Tomás de Aquino (*Summa Theologiae*, II-II, q.64, art. 3 y 5, y q.65, art. 1) refrendaron insistentemente el rechazo a reconocer en el ser humano la facultad de disponer de su vida con absoluta libertad e independencia, subrayando el valor absoluto y santo de la vida humana hasta el punto de considerar el suicidio y cualquier conducta encaminada a acabar con una vida humana inocente o ayudar a morir a otro ser humano como un pecado imperdonable contra Dios, contrario a la voluntad divina, a la ley natural y a la caridad, al mismo tiempo que una falta de respeto al resto de los seres humanos, en tanto que todo aquel que atenta contra su propia vida lesiona y atenta a la comunidad social.

Similares argumentos fueron tenidos en cuenta por el filósofo empirista John Locke al rechazar la facultad de los individuos de disponer de su propia vida. En su *Segundo tratado sobre el gobierno* (capítulo XIV), este autor, a pesar de que defendía que el ser humano podía disponer con plena libertad de su persona y propiedades, siguiendo la tradición cristiana, negaba la posibilidad de la autodestrucción ya que la vida humana es obra y propiedad del Creador omnipotente e infinitamente sabio, recalcando el carácter prioritario e inalienable del derecho a la vida: así como el hombre no tiene derecho a quitarse la vida, tampoco puede ceder a otro el poder de quitarla.

La misma persona que escribió en el siglo XVIII que el ser humano se encontraba sometido y que debía “atreverse a saber” (*Sapere aude*) y a pensar por sí mismo y de un modo autónomo; el mismo filósofo que entendía que la libertad era la categoría moral fundamental que constituye al ser humano como un fin en sí mismo y que, influido tal vez por el estoicismo latino, defendió una interpretación de los seres humanos logocéntrica, esto es, basada en su capacidad racional, Immanuel Kant, uno de los principales filósofos ilustrados, defensor también de la revolución francesa y partidario de una ética autónoma como valor central, cuando se enfrentó en sus obras *Fundamentación de la Metafísica de las Costumbres* y *Lecciones de Ética*, al problema de la disponibilidad de la propia vida —en concreto, al problema del suicidio—, hizo poco más que repetir los mismos argumentos mantenidos por la tradición cristiana y el pensamiento escolástico. Kant rechazaba la facultad de los individuos de disponer de su propia vida con absoluta independencia de cualquier cómputo de beneficios y

perjuicios. Este filósofo fundamentó tal posición⁵ con argumentos que se corresponden con las dos primeras formulaciones del imperativo categórico y con su concepción del deber moral. Alejado de cualquier ética que tenga en consideración los sentimientos, los deseos e inclinaciones humanas, mantuvo con firmeza el deber moral de preservar la vida en cualquier circunstancia como un deber hacia uno mismo y hacia los demás; defendió que cualquier máxima subyacente al suicidio no podía ser universalizable sino contradictoria como principio general de conducta; dedujo que la destrucción de la propia vida evidenciaba la utilización de la propia persona y de la humanidad en su conjunto como un mero medio y no como un fin en sí mismo; y por fin, no pudo más que repetir el argumento escolástico al considerar el suicidio como una conducta antinatural que perjudica a terceras personas y, sobre todo, obedece al desconocimiento de que la vida no nos pertenece porque nos ha sido “dada” como criaturas que somos y que, como tal, debemos afrontar la vida sin posibilidad de buscar “atajos” que nunca contarían con el beneplácito del “arquitecto divino” (Tasset, 2008: 20).

Será un contemporáneo de Kant, David Hume quien defienda la libre disposición de la propia vida. La tesis fundamental que Hume pretendía sostener en su ensayo “Sobre el suicidio” es clara y constituye uno de los puntos de partida de las discusiones contemporáneas que se han llevado a cabo, tanto sobre éste como sobre el problema de la eutanasia voluntaria: los seres humanos tienen derecho a acabar con su vida cuando consideran desde un punto de vista racional que dicha vida no les proporcionará más que sufrimiento. David Hume, como defiende correctamente José Luis Tasset en su libro *Escritos impíos y antirreligiosos* (2005), dio cumplida respuesta a las objeciones tradicionales contrarias a la libre disposición de la vida, el suicidio asistido y la eutanasia, a saber: tales conductas “criminales”, en el sentido ético de la expresión, atentarían contra la voluntad de un Dios Creador, contra el resto de los seres humanos o el interés público y, por fin, contra el interés del propio individuo (paternalismo jurídico-moral). Muy brevemente, Hume justificó la posibilidad de renunciar a la vida ya que el hombre que decide poner fin a su vida ni ofende a Dios, ni a sí mismo ni a sus semejantes:

“Un hombre que se retira de la vida no hace daño alguno a la sociedad; lo único que hace es dejar de producirle bien (...) Aun suponiendo que nuestro deber de hacer bien fuese un deber perpetuo, tiene que haber por fuerza algún límite. No estoy obligado a hacer un pequeño bien a la sociedad, si ello supone un gran mal para mí. ¿Por qué debo, pues, prolongar una existencia miserable sólo porque el



público podría recibir de mí alguna minúscula ventaja?”. (1988: 131-132)

Pero hay un texto de Hume en defensa del derecho individual a la autodestrucción en el que además insta, de modo casi retador y atrevido, a que se considere el suicidio como un modelo de comportamiento social:

“Que el suicidio puede ser a menudo consistente con nuestro interés y el deber para con nosotros mismos, es algo que nadie puede cuestionar, una vez que se admite que la edad, la enfermedad o la desgracia pueden convertir la vida en una carga, y hacer de ella algo peor que la aniquilación. Creo que ningún hombre ha renunciado a la vida si ésta merecía conservarse. (...) Si se admite que el suicidio es un crimen, sólo la cobardía puede empujarnos a cometerlo. Pero si no es un crimen, sólo la prudencia y el valor podrían llevarnos a deshacernos de la existencia, cuando ésta ha llegado a ser una carga. Este es el único modo en que podemos ser útiles a la sociedad, sentando un ejemplo que, de ser imitado, preservaría para cada uno su oportunidad de ser feliz en la vida, y lo libraría eficazmente de todo peligro o miseria”. (1988: 133-134)

Siguiendo en la línea de Hume, para quien, frente al cristianismo, Locke y Kant, el individuo tiene derecho a decidir sobre su propia muerte, y esta decisión puede ser racional, moral, e incluso ejemplar, John Stuart Mill, en el siglo XIX, en su libro *Sobre la libertad*, se propuso indagar acerca de la naturaleza y los límites del poder que puede ejercer la sociedad sobre el individuo, proponiendo un principio que concedía prioridad a las decisiones individuales frente a los intereses sociales. Este principio sería el siguiente:

“(...) el único fin por el cual es justificable que la humanidad, individual o colectivamente, se entremeta en la libertad de acción de uno cualquiera de sus miembros, es la propia protección. (...) Su propio bien, físico o moral, no es justificación suficiente (...) La única parte de la conducta de cada uno por la que él es responsable ante la sociedad es la que se refiere a los demás. En la parte que le concierne meramente a él, su independencia es, de derecho, absoluta. Sobre sí mismo, sobre su propio cuerpo, sobre su espíritu, el individuo es soberano”. (1988: 65-66)

Con respecto al daño que una persona puede causar a la sociedad (seguirá diciendo), sin violar ningún deber ni perjudicar específicamente a ningún otro individuo más que a sí mismo, la sociedad puede y debe soportar este inconveniente por amor de ese bien superior que es la libertad humana:

“Cada uno es el guardián natural de su propia salud, sea física, mental o espiritual. La humanidad sale más gananciosa consintiendo a cada cual vivir a su manera que obligándole a vivir a la manera de los demás”. (1988: 69)

Son innumerables las consecuencias extraíbles de este principio en casi todos los ámbitos de la vida humana. Su utilidad consiste, entre otras cosas, en señalar una frontera intraspasable para los poderes públicos y privados, frontera que indica el límite del derecho y la ética en decisiones tan personales e íntimas como podrían ser el aborto, el suicidio o la eutanasia voluntaria en cualquiera de sus modalidades. Es evidente que este principio, reconocido habitualmente como “principio del daño”, ha generado enormes controversias (la “noción del daño” es indefinible *a priori*; es conveniente fundamentarlo; ¿cuándo se puede entender que una conducta causa un daño?; es una mera formulación de la “libertad negativa” en el sentido de I. Berlin), controversias que no quiero discutir en este momento dado que exceden los objetivos del presente trabajo⁶. Lo evidente del principio de Mill es que refuerza la tesis de Hume en el sentido siguiente: el individuo tiene derecho a decidir sobre su vida y su muerte y esto puede ser algo racional y moral, ante lo que sólo podríamos intervenir en su protección si pusiese en peligro el interés público o cuando el individuo presente una “una incompetencia básica”, en palabras de Ernesto Garzón Valdés (1988). Además, la argumentación antipaternalista de Mill nos daría la clave para comprender la razón por la que la clásica argumentación humeana sobre el suicidio puede ser aplicable a los casos de eutanasia voluntaria y de suicidio asistido, puesto que si acabar con la vida propia no tiene por qué ser perjudicial, entonces, acabar con la vida ajena o ayudar a morir a otra persona a petición de ella puede no ser perjudicial, por ejemplo en aquellas circunstancias en las que poner término a la vida del otro por él mismo no sería perjudicial. Esto es: si está justificado el suicidio está también justificado moral y racionalmente el suicidio asistido o la eutanasia voluntaria, claro está, en las situaciones que afecten a sujetos adultos y competentes. En este sentido quisiera introducir las palabras certeras de M. Diego Farrell (1985: 121): “La competencia o capacidad de los pacientes adultos se presume; la carga de la prueba recae sobre quien la niega. Cualquiera que alegue que un adulto con sus facultades mentales normales no es capaz de consentir o requerir la eutanasia, debe probarlo”.

La argumentación de Hume y Mill a favor de la libre disposición de la vida por parte del individuo y su claro y rotundo antipaternalismo ha influido de un modo notorio en el debate contemporáneo sobre la eutanasia.



La libre disposición de la propia vida y la eutanasia en España

¿Qué ocurre en la actualidad? ¿Podemos decir con rotundidad que el “derecho a morir dignamente” es un derecho reconocido a efectos prácticos y de un modo efectivo? ¿Podemos disponer libremente de nuestra vida hasta el punto de renunciar a vivir tal y como proclamaban, entre otros, Hume y Mill? ¿Cuál es, en este sentido, la situación en España? Creo que la libre disposición de la propia vida sufre demasiadas restricciones, manteniendo algunas un sesgo extrasecular y religioso impropio de una sociedad aconfesional como la nuestra.

El suicidio, como sabemos, está admitido en España, por razones evidentes, incluso de utilidad práctica. Recordemos que en el caso de Ramón Sampederro (un hombre bueno con un destino cruel, que vivió una vida dignísima y soportó una muerte indigna⁷), el Juzgado de 1ª Instancia nº 5 de lo Civil le reconocía el derecho a autoinferirse la muerte, y la sección 14 de la Audiencia Provincial de Barcelona, el 28 de febrero de 1994, llegó a ser incluso más precisa: Ramón podría ejercer el derecho a autoinferirse la muerte al ser “una facultad natural y esencial integrada en el contenido jurídico de la propia persona”, matizando incluso que “la decisión voluntaria y libre de no ingerir alimentos forma parte del patrimonio subjetivo de derechos y facultades del ciudadano” (Pérez Sánchez, 1997: 58-59). Se le concedía la posibilidad de morir de inanición, pero se le impedía una ayuda activa al suicidio, que era lo que realmente reclamaba. No obstante, siendo el suicidio admisible desde un punto de vista jurídico-penal, no ocurre lo mismo con el suicidio asistido o la modalidad de la eutanasia voluntaria activa.

Así, por ejemplo, desde el punto de vista religioso, la eutanasia, en su versión activa, ha sido siempre considerada una forma de homicidio inaceptable por parte de la Iglesia Católica. Con otras palabras, el precepto, en su versión religiosa y negativa —“no matarás”— si bien prohíbe hacer algo con la intención de provocar directamente la muerte de un ser humano inocente, admite la legítima defensa (proporcionada a la amenaza) no solamente como un derecho, sino también como un deber y reconoce también el derecho-deber de aplicar penas proporcionadas a la gravedad del delito sin excluir, en casos de extrema necesidad, el recurso a la pena de muerte⁸.

Al ser la eutanasia, en su versión activa, una forma de homicidio, la Iglesia Católica (1992), a través de su catecismo —refrendado por el propio Juan Pablo II en su encíclica *Veritatis Splendor*—, nunca ha dejado de prohibir su práctica,

prescribiendo lo siguiente:

a) Cualquier acción u omisión que, por su intención, provoque la muerte de un enfermo con el fin de suprimir el dolor, constituye un homicidio grave contrario a la dignidad de la persona humana.

b) La interrupción de tratamientos médicos extraordinarios o desproporcionados a los resultados “puede ser legítima” (no dice que necesariamente lo sea). Esta interrupción de los tratamientos extraordinarios implicaría un rechazo del vitalismo médico, del “encarnizamiento terapéutico”. Con esto “no se pretende provocar la muerte; se acepta no poder impedirla”. En estos casos las decisiones deben ser tomadas previamente por el paciente, mediante un testamento vital, o, en situaciones de incompetencia, a través de su familia, respetando siempre la voluntad razonable y los intereses legítimos del propio enfermo.

c) Ante el riesgo de muerte inminente, los cuidados ordinarios no pueden ser legítimamente interrumpidos. El uso de analgésicos con el fin de evitar los sufrimientos del moribundo, incluso con el riesgo de abreviar su vida, puede ser moralmente conforme a la dignidad humana si la muerte *no es pretendida*, ni como fin ni como medio, sino *meramente prevista* y tolerada como inevitable. Los cuidados paliativos constituyen una *forma privilegiada de caridad interesada* y, por esta razón, deben ser alentados.

d) Cualesquiera que sean los motivos y los medios utilizados, la eutanasia directa consiste en poner fin a la vida de personas disminuidas, enfermas o moribundas, siendo, por tanto, moralmente inaceptable.

La deontología médica contemporánea, junto con las diversas asociaciones médico-profesionales, suscriben de un modo absoluto y sin fisuras la lógica argumentativa de la Iglesia Católica⁹. No admiten variantes benignas o “virtuosas” de la eutanasia ni suelen hacer referencia a las formas pasiva, activa o indirecta. Toda eutanasia es un acto que, por compasivo que pueda ser, quita la vida a un ser humano de un modo intencionado y directo. Por tanto es inmoral. La Asociación Médica Mundial, máximo organismo internacional de la ética profesional, declaró en su día que:

“La eutanasia —el acto deliberado de quitar la vida a un paciente, con su consentimiento o a su requerimiento, o a través de la petición de sus familiares—, al igual que el auxilio activo al suicidio de una persona, es contrario a la ética. Ello



no impide al médico respetar el deseo del paciente de dejar que el proceso natural de la muerte siga su curso en la fase terminal de su enfermedad". (1993: 47)

Del mismo modo que en el catecismo, considera que la omisión de los medios extraordinarios de mantenimiento de la vida humana en situaciones terminales, cuando el paciente sufre una enfermedad irreversible, constituiría una conducta éticamente irreprochable, ajustada a la "buena praxis médica", en la que el médico no pretende anticipar su muerte sino meramente dejar que la "naturaleza (de la enfermedad) siga su curso". En las situaciones terminales profundas entienden que el médico debe limitarse a aliviar el dolor físico y moral del paciente a través de los cuidados paliativos, es decir, mediante el recurso a la sedación. En tales circunstancias —al igual que en el catecismo, una vez más— lo que se pretende es aliviar los síntomas del dolor, incluso admitiendo como efecto colateral, *meramente previsto pero no deseado*, la anticipación de la muerte del paciente. Sobre este último aspecto es interesante resaltar también las observaciones que en su momento realizó la British Medical Association (1992):

"La arraigada adhesión de los códigos (médicos) al principio de la intencionalidad es un punto de referencia importante para la valoración de cualquier acto. La decisión de suspender el tratamiento cuando éste se convierta en un agobio para el paciente, sin beneficiarle en absoluto, responde a una intencionalidad muy distinta que la acción de quitar deliberadamente la vida a una persona. Admitimos la administración de fármacos, aun sabiendo que puedan suponer un riesgo para la vida de la persona, si se trata de mitigar el dolor físico o psíquico". (169)

De todo lo anterior se deduce que tanto el catecismo de la Iglesia Católica como la deontología médica y los organismos médicos coinciden en lo siguiente: la eutanasia activa no es defendible ni ética ni médicamente. Las "conductas de desconexión" de medios extraordinarios de mantenimiento de la vida y la paliación o sedación (en sus diferentes formas, ya sea "sedación paliativa", "terminal" o en "la agonía") serían médica y éticamente aceptables siempre y cuando no tengan como finalidad principal la anticipación de la muerte. Y concluyen que, realmente, tales conductas no pretenden ese objetivo. Del mismo modo se ha pronunciado el Comité de Ética de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos en un documento (todavía vigente) cuyo objetivo consistía en ofrecer una serie de recomendaciones sobre los aspectos éticos de la sedación en cuidados paliativos y que estaba destinado a los miembros de dicha Sociedad y a todos los profesionales de la sanidad dedicados a la atención de pacientes con enfermedades avanzadas y terminales (SECPAL, 2002)¹⁰.

Todo esto da a entender, entre otras cosas, que la eutanasia voluntaria activa o la ayuda activa al suicidio llevada a cabo con Ramón Sampredo (a través de la colaboración activa en la ingesta de un vaso repleto de cianuro potásico mezclado con agua), y la desconexión del respirador artificial (por haber sido considerado un “medio extraordinario” de mantenimiento de la vida) a Inmaculada Echevarría¹¹, enferma de distrofia muscular progresiva, serían conductas diferentes. Pero si el médico desconecta el artificio mecánico que mantiene viva a Inmaculada Echevarría, a sabiendas de que su acción tendrá como resultado la muerte de la paciente, ¿no es acaso la terminación intencionada de la vida de un ser humano por otro lo que el médico está realizando?

Esta última reflexión nos hace pensar que los pilares en los que se fundamenta el planteamiento de la Iglesia Católica y la deontología médica (en estrecha coincidencia) pueden ser discutibles, a saber: la diferencia entre acciones-omisiones, entre medios extraordinarios y ordinarios de mantenimiento de la vida humana, y entre intención y previsión.

Acciones y omisiones

Como hemos visto anteriormente, la Iglesia Católica y la deontología médica insisten en la legitimidad de la interrupción de los tratamientos extraordinarios en el contexto de una enfermedad terminal y siempre que el médico no tenga intención de provocar la muerte del paciente. Consideran también que dicha interrupción implicaría un rechazo del vitalismo médico y su objetivo no sería producir la muerte sino “dejar que la naturaleza siga su curso”. En estas situaciones el médico, al aceptar “no poder impedir la muerte del paciente”, no incurriría en responsabilidad ética y penal.

Hay situaciones en las que tal diferencia no es fácil de delimitar. Quiero recordar aquí el caso de Nancy B., una paciente canadiense a la que se le diagnosticó una extraña enfermedad neurológica conocida como síndrome de Guillán-Barré que le producía tetraplejía y dependencia de un respirador artificial. Nancy B. quería morir y en su petición manifestó que su vida ya no tenía suficiente dignidad ni calidad. Se dictó sentencia, fundamentándose la resolución en el derecho del paciente a rehusar tratamientos médicos y en la consideración de que el hecho de mantener a un paciente en las condiciones de Nancy B., contra su voluntad, suponía una intromisión lesiva y una agresión hacia su persona. La negativa de Nancy B. a seguir utilizando el



pulmón artificial eliminaba cualquier deber o derecho del hospital a continuar proporcionando un determinado tratamiento. El respirador fue desconectado y Nancy B. murió en 1992 (Reilander, 1992; Dworkin, 1994).

En este caso, y ante la decisión judicial, se emprende un curso de acción consistente en eliminar una terapia de mantenimiento de vida —el respirador artificial— a un enfermo terminal, con el fin de aliviar su sufrimiento y “dejar que la naturaleza siga su curso” en aras de un derecho legítimo a no recibir tratamiento médico y a no sufrir tratos indignos hacia su persona. Cuando murió esta paciente lo hizo como resultado de una omisión —muy probablemente— intencionada de un tratamiento absolutamente conservador de la vida humana. En definitiva, se permitió o se dejó morir a Nancy B., sin duda alguna porque se suponía que era lo mejor para la paciente, y porque implicaba una forma de “humanizar su muerte”. Si se compara esta forma de causar la muerte con la posibilidad hipotética de que Nancy B. reclamase reiteradamente una acción positiva consistente en la administración de una dosis letal de morfina, ¿sería razonable defender que el médico que decide poner la inyección actúa incorrectamente, mientras el médico que decide interrumpir el funcionamiento del respirador practica una medicina compasiva y éticamente adecuada? Parece discutible ya que entiendo que en ambas situaciones tanto las consecuencias como la intención son las mismas: la muerte de la paciente. Es decir, en ambos casos, como afirma Singer (1995), el médico conoce que el resultado de su conducta será con grandes probabilidades —incluso todas— éste y no otro, y decide su actuación basándose en ese conocimiento, porque piensa que *ese resultado* es preferible a la alternativa existente (en el caso de Nancy B., una vida que ella califica como indigna y de escasa calidad). En ambos casos el médico debiera sentirse responsable de su decisión: no sería correcto que el médico que desconecta el pulmón artificial —con la cobertura judicial correspondiente— eluda su responsabilidad afirmando que él realmente “no hacía nada”, que la muerte le llega al paciente “al seguir la enfermedad su curso natural”. “No hacer nada”, en la situación de Nancy B. y en otras muchas existentes en nuestros hospitales, implica, a mi modo de ver, una decisión intencionada cuyas consecuencias exigen una responsabilidad (moral) que no es posible evitar. Las fronteras entre lo que a menudo llamamos eutanasia activa y pasiva son cada vez más borrosas, hasta tal punto que hoy en día son más numerosos los filósofos y teólogos que niegan que se dé realmente una eutanasia pasiva o, en todo caso, que la mencionada distinción sea moralmente relevante. Vista desde su efecto



(anticipación de la muerte), incluso la omisión de una acción (dosis normal de morfina con suspensión de alimentación endovenosa o nasogástrica) puede ser prácticamente lo mismo o peor que una acción positiva (sobredosis de morfina). Lo que conceptualmente pudiera ser clara y fácilmente diferenciado, en casos concretos es a menudo imposible de delimitar: los límites de separación son a menudo fluctuantes (Küng, 1983; 1997).

Medios ordinarios y extraordinarios

Habitualmente se recurre a la diferencia entre medios ordinarios (proporcionados) y extraordinarios (desproporcionados) de mantenimiento de la vida de un enfermo en detrimento del vitalismo médico y como ejemplo de una prudente y buena praxis médica (Conferencia Episcopal Española, 1993; 1998; Academia Pontificia sobre la Vida, 1999). Desde este punto de vista, un medio es proporcionado si ofrece una esperanza de beneficio razonable al paciente; en el caso contrario sería desproporcionado. Pero esta distinción se ha hecho más imprecisa con los avances de la medicina moderna en las técnicas de reanimación y en las terapias de mantenimiento de la vida de los enfermos (la medicina paliativa). Hoy en día es cada vez más difícil precisar qué se designa con las expresiones “medios ordinarios” y “extraordinarios”. En otros tiempos, se consideraba como medio extraordinario —potestativo, por tanto— la amputación de una pierna. ¿Podríamos seguir pensando lo mismo? Los masajes cardíacos, la respiración artificial, la alimentación endovenosa, las terapias radioactivas, etc., ¿son medios ordinarios o extraordinarios? Imposible ofrecer una respuesta categórica sin tener presente la casuística clínica, esto es, las circunstancias del paciente, de su familia, del centro hospitalario... En el caso de Karen A. Quinlan, paciente en estado vegetativo persistente, cuyos padres pidieron la retirada del respirador artificial, la decisión judicial final se fundamentó en la consideración del respirador como una forma de tratamiento extraordinario; sin embargo, esta decisión no trajo como consecuencia la asfixia inmediata de la paciente —que era lo esperado— sino que mantuvo sus constantes vitales durante diez años (Everett Koop, 1992). La intención de la retirada del pulmón artificial era, paradójicamente, no provocar la muerte de Karen sino evitarle un tratamiento penoso. Y digo “paradójicamente” puesto que resulta meridianamente claro que la razón de dicha explicación era ocultar la realidad disfrazando la verdadera intención de los



padres y del propio juez, a saber, poner fin a la vida de Karen. Parece, pues, que en ocasiones se recurre a extrañas distinciones con el fin de conseguir un resultado favorable en la intervención médica, supuestamente, sin quebrantar el Principio de Santidad de la Vida Humana, subyacente a la argumentación religiosa y médica (Singer, 1997). En el caso Wyatt (una niña británica que sufría problemas renales y respiratorios crónicos, daño cerebral profundo, ceguera y serias deficiencias en la oxigenación), que había sido resucitada tras sufrir diversas paradas cardíacas, ante el desacuerdo entre los médicos y los padres (estos últimos deseaban mantenerla en vida), un juez de Londres dictó sentencia autorizando a los médicos la no aplicación de la ventilación artificial y otros tratamientos agresivos (extraordinarios) similares que prolongaran artificialmente su vida. El juez priorizó los intereses de la niña frente a los de los padres y frente a cualquier consideración de la inviolabilidad absoluta de la vida humana. Es decir, tomó una decisión basada en criterios de calidad de la vida, criterios que se asumen implícitamente al reconocer tal distinción entre los medios de tratamiento, y que, de acuerdo con algunos autores, ponen en un compromiso las argumentaciones basadas en la Santidad de la Vida Humana (Kuhse, 1987).

Intención y previsión

Como ya hemos visto con anterioridad, el catecismo (y la deontología médica profesional) prescriben el uso de la analgesia (y la sedación¹²) con el fin de aliviar el dolor del moribundo, incluso con riesgo de adelantar su muerte, siempre que ésta “no sea pretendida, ni como fin ni como medio, sino prevista y tolerada como inevitable” (Iglesia Católica, 1992: 501). Esta forma de medicina paliativa tiene una relevancia especial en la llamada “humanización de la muerte” (Mori, 1998) y es calificada también como la mejor y la más fuerte alternativa a la eutanasia activa. Ateniéndonos exclusivamente a su finalidad, dicha prescripción no parece problemática; no obstante, si se reflexiona mínimamente sobre ella nos encontramos con serios problemas. En primer lugar, la utilización de la analgesia en muchos enfermos terminales conlleva el aumento progresivo de la dosis (analgesia piramidal), provocando con ello dos efectos: no sólo se elimina el dolor físico, sino que también se anticipa la muerte del enfermo. Y ante esta situación se responde, como he dicho, estableciendo una diferencia moralmente clave entre resultados pretendidos —deseados— y resultados meramente previstos. Esta diferencia tiene su fundamento en el Principio del Doble Efecto de



inspiración cristiana (en adelante PDE), que incluye cuatro criterios-guía: (1) el acto mismo debe ser bueno o moralmente neutro; (2) sólo deben ser intencionadas —deseadas— las consecuencias buenas de la acción; (3) el efecto bueno no debe producirse a través del efecto malo; y (4) debe existir una razón proporcionalmente grave para permitir el efecto malo (Atkinson, 1983; Harris, 1985; Rachels, 1986). En el caso del tratamiento progresivo del dolor, los defensores de dicho principio pretenden hacer ver lo siguiente: (1) el médico administra el sedante; (2) pretende —y desea— aliviar el dolor (efecto moralmente correcto); (3) el alivio del dolor no se produce a través de la muerte sino como consecuencia de la acción inicial —se presume como correcto—; (4) existe una razón poderosa y proporcionada para admitir —prever— el efecto colateral de la anticipación de la muerte. Conclusión: al ser la muerte un efecto colateral e indirecto de una conducta humana y éticamente correcta —el alivio del dolor—, no se trata de un efecto deseado o pretendido por el médico, sino meramente previsto. El médico, en todo caso, y de acuerdo con la terminología utilizada a lo largo del texto, sólo pondría fin a la vida del paciente de un modo indirecto.

Pero, ¿cómo podemos entender con claridad la distinción entre “matar directamente” y “matar indirectamente” y entre “intención” y “previsión”? Helga Kuhse (1995) sugiere que la dificultad de interpretar el PDE se apoya, al menos, en la inteligibilidad de (2) y (3), ya que, entre otras cosas, no está claro que en todo momento podamos establecer diferencias intuitivas nítidas entre las consecuencias que pretende y —desea— directamente un agente y las que meramente prevé. El caso Baby M. es un ejemplo de esta dificultad: un bebé nacido en Melbourne con espina bífida, y con el cuadro clínico agudo que se les supone a tales enfermos, recibió un tratamiento médico moderado, no porque no hubiera algún posible tratamiento que podría haber mejorado sus posibilidades de supervivencia, sino porque esos tratamientos alternativos no podían, a los ojos de los que habían tomado la decisión, ofrecer una calidad de vida satisfactoria en términos de funcionamiento físico y mental. Surge la duda de si durante su breve vida la administración de sedantes pudo haber causado su muerte ya que se le aplicó paracetamol, fenobarbital, fentanil y morfina, al parecer en dosis superiores al nivel terapéutico recomendado de acuerdo con su peso físico. Un análisis toxicológico *post mortem* mostró la presencia de fenobarbital y morfina en niveles capaces de causar la muerte. Si bien el juez admitió que las drogas podían causar la muerte, no concluyó que, de hecho, la hubieran causado necesariamente (estaban presentes otros factores causales tales



como la bronconeumonía, la hipoxia causada por la obstrucción de los tubos de aire, se planteó la posible inanición por exceso de sedación, etcétera); además, según el juez, la fuerte dosis de paliativos era compatible con el objetivo de evitar que Baby M. sufriera dolor. (Kuhse, 1992). ¿El tratamiento de Baby M. era equivalente a reducir de un modo deliberado su vida? Quienes asuman el PDE dirán que no, sin embargo hay elementos para sospechar que sí. También los hay para sospechar razonablemente que la aplicación sistemática de la distinción directa-indirecta en beneficio de las muertes indirectas tiene como finalidad servir una vez más de “colchón psicológico” para el médico, atenuando al máximo su responsabilidad moral y no resolviendo el problema crucial que la eutanasia implica: que cuando se ha decidido, por las razones que sean, que la muerte es la mejor opción para un enfermo, ésta debiera ser lo más rápida e indolora posible, no solamente para él sino también para su entorno familiar.

Consideraciones ulteriores

He intentado realizar un esbozo del planteamiento defendido por la Iglesia Católica, la deontología médica profesional y diversas asociaciones y sociedades médicas sobre las distintas situaciones que se pueden producir al final de la vida humana en un contexto de enfermedad incapacitadora o terminal. La Iglesia Católica proclama explícitamente el valor de la vida humana inocente y, por tanto, su inviolabilidad. Y lo hace, como es lógico, desde una perspectiva extrasecular. La deontología médica, claramente asume dicha postura. En las situaciones eutanásicas habitualmente conocidas se proscriben, desde un punto de vista ético y médico, las acciones directas y las omisiones encaminadas a causar la muerte de un enfermo terminal, admitiendo las “conductas de desconexión” y la renuncia a tratamientos extraordinarios de mantenimiento de la vida humana cuando ésta no sea beneficiosa para el paciente. Admite también el recurso a la paliación y la sedación terminal (¿sedación en la agonía?) como la mejor alternativa a la eutanasia directa o activa. Y para eso recurre al PDE —principio también religioso—, a través del cual se pretende hacer ver que en estos contextos médicos la muerte del enfermo *no es deseada* por el médico sino más bien un efecto colateral *meramente previsto* de la acción inicial lícita, como es el alivio del dolor.

Después de sondear algunos casos reales, y a falta de un análisis más exhaustivo de la autoría causal de las acciones, omisiones e inacciones, y de una



reflexión más profunda acerca de la noción de intención (cuestión ciertamente “enigmática” y de una complejidad traicionera), entiendo que los fundamentos teóricos en los que se sustentan, junto con su retórica y sus “recreaciones semánticas”, dejan mucho que desear en cuanto a claridad y consistencia. En ocasiones, no difieren en relevancia moral con respecto a la eutanasia activa. Pienso incluso que a veces generan más perjuicios que beneficios al enfermo y su entorno familiar alejándose del objetivo final de un acto eutanásico que es, como ya dije, sobre todo producir un bien, un beneficio al paciente o, como mínimo, evitarle un mal. Incluyen ambiguas y vagas recomendaciones —pequeñas “estafas semánticas”—, que generan perplejidad y cierta amargura si son revisadas aunque sea de un modo superficial. Y esto es ciertamente importante, ya que son la base de lo que se considera lícito o ilícito en la praxis médica.

Los defensores de dicha “axiología” (y, por tanto, detractores de la eutanasia voluntaria activa y del auxilio activo al suicidio) insisten también en que con los adelantos de la medicina paliativa, los problemas de los enfermos terminales estarían resueltos. A ellos hay que responderles también que, siendo positivos y eficaces en muchos casos, no están al alcance de todos los ciudadanos. No recordar esto es peligroso e incluso falaz puesto que falta mucho para que este tipo de asistencia sea de alcance universal. Conviene recordar también la apremiante necesidad de profundizar en la mejora de su utilización, ya que es evidente la complejidad del problema del dolor terminal al incluir factores altamente subjetivos (el umbral del dolor no es el mismo en todos los pacientes) que hacen que no sea en la actualidad una solución definitiva a todas las situaciones.

La situación jurídico-penal en España

Por otra parte, es conveniente hacer mención al hecho de que el llamado “consentimiento informado” y los nuevos registros de “voluntades anticipadas” (llamados también de un modo desafortunado “testamentos vitales”), han surgido en estos últimos años en España con el fin de introducir un serio correctivo al paternalismo médico y su consideración implícita de la “autoridad epistémica”. El respeto a la libertad de la persona y a los derechos de los pacientes parece constituir, a través de tales documentos, el eje básico de las relaciones asistenciales.

Sabemos que la “Ley Básica reguladora de la autonomía del paciente y de



derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica” (Ley 41/2002 del 14 de noviembre y que entró en vigor en España el 15 de mayo de 2003, manteniéndose vigente hoy en día) pretende garantizar el cumplimiento de los requisitos de libertad, capacidad jurídica y competencia del enfermo. No obstante debemos hacer notar también que, tanto la ley nacional como todas las autonómicas, especifican que “no se podrán tener en cuenta voluntades que incorporen previsiones contrarias al ordenamiento jurídico” estableciendo otras limitaciones genéricas al excluir aquellas instrucciones contrarias a “la buena práctica clínica”, “la ética profesional” o “buena praxis médica”.

El consentimiento informado y las declaraciones de voluntades anticipadas, reconocidas en el artículo nº 11 de la ley citada (en lo sucesivo, las DVAs), representan, en estos momentos, la materialización del principio de autonomía del paciente. Pretenden poner al enfermo en el centro de la medicina al reconocerle el derecho a aceptar o rechazar un tratamiento médico. Con todo, veo con optimismo moderado todo el avance que suponen las DVAs. Y digo “moderado” porque, si bien se trata de un documento sobre el que hay que reflexionar e informar más a menudo, como cualquier acción que pueda llevarse a cabo masivamente, puede estar sujeta a ciertas perversiones. La burocratización de una práctica ampliamente extendida tiende a convertirla en una pura rutina alejada de los buenos propósitos que estuvieron en su origen. Como muy bien sugiere Victoria Camps (2005), igual que ha ocurrido con el consentimiento informado, puede suceder que se pase de una relación clínica paternalista a una relación simplemente contractual; que se dé lugar a un tránsito desde la asimetría paternalista —todo por el paciente pero sin el paciente— a una relación “meramente jurídica” muy similar a la que genera un contrato. Y puede ocurrir que buscando una finalidad éticamente loable —el reconocimiento de la autonomía del paciente y, por tanto, de su dignidad como ser humano (la autonomía no sólo dignifica, sino que nos hace más humanos)—, se pervierta dicha finalidad convirtiéndolo en un medio para asegurar la impunidad jurídica del médico. Que se convierta, en fin, en un recurso escrito más propio de una medicina defensiva que de una medicina que pretenda hacer hincapié en la necesidad de reforzar la relación médico-paciente.

Y quiero insistir en lo que considero como la insuficiencia más destacable en las DVAs, a saber: que “no se podrán tener en cuenta voluntades que incorporen previsiones contrarias al ordenamiento jurídico”, excluyendo aquellas instrucciones contrarias a “la buena práctica clínica”, “la ética profesional” o “buena praxis médica”.

Esto es, sólo serán admitidas las peticiones de “desconexión” (¿eutanasia pasiva?) o aquellas que incluyan la paliación y/o la sedación “en la agonía” (¿eutanasia indirecta?), en las que, como hemos visto en el catecismo y en la deontología médica, el médico no tiene la intención de “matar” o “dejar morir” al paciente, solamente aliviar el dolor.

De acuerdo con todo esto, es inevitable realizar una breve reflexión: las objeciones en contra de la eutanasia activa voluntaria y la ayuda activa al suicidio en beneficio de otras conductas mantienen un trasfondo teológico-religioso (Sádaba, 2004; Guisán, 2005; Tasset, 2007). En relación con esto insistiré en mi opinión crítica respecto del hecho evidente de que, en una democracia liberal y multicultural, por lo menos en la forma, las creencias religiosas sobre la vida y la muerte de un sector de la población puedan influir de un modo tan determinante en las normativas médicas hasta el punto de exigir obligaciones a *todos los ciudadanos*. Pero, además de esto, el hecho de que ciertos principios religiosos influyan de un modo tan evidente en la deontología médica demuestra de un modo palpable que no podemos hablar todavía de una secularización de la medicina al final de la vida. Los cuidados paliativos y la medicina intensiva siguen regidos, en pleno siglo XXI, por principios de índole religiosa (evidenciada a lo largo del presente trabajo) que, reitero, no debieran ser impuestos en una sociedad liberal y aconfesional, como se supone que es la nuestra, ni en un entorno hospitalario público, ni en contextos tan personales y tan íntimos para el ser humano como pueden ser los últimos momentos de su vida. Tal vez sea necesario que la clase médica incorpore en sus textos normativos el principio siguiente: no impondré mis valores a mis pacientes; al designar el régimen de gestión de un paciente, tendré en cuenta su educación, sus valores, sus creencias y preferencias.

Unas breves palabras acerca de la situación jurídico-penal en España. En 1995 el Código Penal abordó por primera vez en la historia legislativa del Estado la regulación de la eutanasia, en el 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 éste, 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.”

Así pues, la ley castiga con carácter general la conducta consistente en auxiliar a otro a quitarse la vida con actos imprescindibles a tal fin, ejecutar la muerte de quien no desea seguir viviendo y la cooperación necesaria a un suicidio “eutanásico” (petición expresa por sufrimiento), con una sanción que oscilaría entre los seis meses y los dos años (suicidio) o un año y seis meses a seis años (eutanasia), respectivamente. Como novedad, en la regulación de 1995, las conductas de mera cooperación no necesaria o complicidad en el suicidio de otro son impunes, con independencia de si concurre o no el contexto eutanásico (anteriormente se sancionaba cualquier tipo de colaboración en ella). Es decir que la intervención penal depende del carácter imprescindible de los actos de colaboración, sin los cuales el suicida no hubiera podido llevar a cabo su suicidio. Está claro que quien pone en la boca del enfermo tetrapléjico la sustancia mortal que este succiona por sí mismo realiza un acto imprescindible, por ser a una persona incapaz de quitarse la vida sin ayuda ajena. Sin embargo, en otros muchos casos es difícil distinguir si la colaboración es o no imprescindible. En principio, el médico que informa a un paciente sobre un coctel letal que le procure una muerte plácida no realiza una cooperación necesaria, ni tampoco un acompañante si lo hubiera, porque éste se podía haber suicidado sin compañía o consejo alguno, pero dependerá de la perspectiva que se adopte.

Por lo tanto, la ley actualmente vigente no parece ofrecer soluciones seguras con respecto a la conocida como eutanasia activa y la ayuda activa al suicidio. Da la impresión de que la intención del legislador no fue la de crear un reducido campo de impunidad que atendiese a los contextos peculiares de la eutanasia, sin embargo llama la atención que diecisiete años después no exista ninguna jurisprudencia, hecho tal vez debido a la aceptación social de conductas tipificadas. Sin jurisprudencia, en una sociedad que no es consciente de esta despenalización parcial, las interpretaciones de la norma que puedan hacer los juristas serán, inevitablemente, dispares. Es evidente que del propio mandato se deriva la impunidad de las conductas consideradas de “desconexión” (tal y como las hemos contemplado a lo largo del trabajo) y aquellas cuya finalidad sea la paliación del dolor de un enfermo terminal. Conductas, recordemos, avaladas por la Iglesia Católica, la deontología médica y las nuevas leyes que pretenden regir los derechos y la autonomía del paciente.

Por otra parte, el artículo 143.4 del Código Penal vigente, nos indica (Muñagorri Laguía, 1994; Lorenzo Salgado, 2005) que cuando una persona con una grave enfermedad, que necesariamente le conducirá a la muerte, o que le produce graves sufrimientos, pida expresa, seria e inequívocamente que alguien le ayude activamente causándole la muerte o haciendo lo necesario para que muera, y poniendo así fin a dicha situación de sufrimiento, todos —y éste es el mandato que, de no ser seguido, dará lugar a la imposición de la pena de prisión— tendremos que abstenernos de cumplir tal petición permitiendo que la situación irreversible de padecimiento continúe. El alcance del precepto y la opción político-criminal por la que optó el legislador en su día ha sido objeto de crítica también y sobre todo al incorporar en dicho precepto los supuestos eutanásicos, no precisamente para despenalizarlos, sino para declarar que son punibles (Gimbernat Ordeig, 2004).

Me pregunto también si este mandato convive en sintonía con el sistema básico de creencias del conjunto de nuestra sociedad y si se sustenta en una opinión compartida de un modo generalizado por los ciudadanos o rompe con el llamado “criterio de las convicciones generales”. Dado que diversas encuestas llevadas a cabo durante las últimas décadas en España (Pérez Sánchez, 2007)¹³ demuestran que un alto porcentaje de la ciudadanía y un importante porcentaje de médicos tolerarían prácticas tipificadas como delito en el Código Penal, podría decirse que la postura consistente en tipificar penalmente la ayuda activa al suicidio y la eutanasia voluntaria activa, en el contexto de una enfermedad terminal o incapacitadora, no parece avalada por esa necesaria convicción general (Martínez-Buján Pérez, 2004).

Palabras finales

¿Podemos, pues, renunciar a vivir? A mi modo de ver, la pregunta no admite una respuesta rotundamente positiva. Ciertamente, la disponibilidad de la vida *manu propria* es una conducta jurídicamente lícita y tolerada. No ocurre lo mismo en cuanto a la disponibilidad de la vida *manu alius*, esto es, con ayuda de terceras personas y en las situaciones tradicionalmente contempladas como conductas eutanásicas activas o en casos de ayuda activa al suicidio a petición y en situaciones de enfermedad terminal o trágicamente incapacitadora.

Entiendo que hay una subordinación (al menos una franca coincidencia) por parte del Derecho Penal español con respecto a criterios normativos de tipo médico y

éstos, a su vez, con respecto a principios religiosos cerrados, sin matices, profundamente inhumanos con respecto al sufrimiento de los seres humanos. Conviene apostar seriamente por la paliación del dolor en los hospitales y por la regulación de dicha práctica al final de la vida; resulta imperiosa la necesidad de ajustar el Derecho Penal español a las convicciones de los ciudadanos y reducir al máximo la influencia de la moral religiosa en el comportamiento social y en la actividad médica. Todo esto supone reconocer la *tolerancia* como una práctica cultural basada en acuerdos con el fin de alcanzar vidas pacíficas y placenteras entre personas con identidades diferentes (en ocasiones en conflicto). En este sentido, urge apelar a la tolerancia como un camino estrechamente ligado a la libertad. La tolerancia implica reciprocidad, respeto, comprensión y admisión de las conductas llevadas a cabo por “diferentes morales”, siempre y cuando tales conductas no afecten negativamente a terceras personas, como bien decía Mill.

Esto supone, por fin, que católicos e integristas asuman e interioricen que aquellas personas que reclaman la eutanasia activa en situaciones médicas infernales, esto es, aquellos que reclaman el derecho a morir, no defienden el reconocimiento de una obligación de morir. Y que renuncien definitivamente a influir de un modo tan evidente en futuras legislaciones más permisivas con el derecho a morir y con el derecho a decidir cómo se muere.

Referencias bibliográficas

- ACADEMIA PONTIFICIA SOBRE LA VIDA. (1999). *Declaración final de la V Asamblea General*. URL: http://www.churchforum.org/info/Familia/Sobre_estado_terminal.htm
- AGUSTÍN DE HIPONA. (1985). *La ciudad de Dios*. Barcelona: Orbis.
- ASOCIACIÓN MÉDICA MUNDIAL. (1993). “Declaración sobre la eutanasia”. En *Organización Médica Colegial*, 28, s/d.
- ATKINSON, Gary. (1983). “Ambiguities in killing and letting die”. *The Journal of Medicine and Philosophy*, 8, 159-168.
- BEAUCHAMP, Tom y DAVIDSON, Arnold. (1979). “The definition of euthanasia”. *The Journal of Medicine and Philosophy*, 4, 294-312.
- BRITISH MEDICAL ASSOCIATION. (1992). “Revisión de las normas sobre la eutanasia: conclusiones de la British Medical Association”. En Baird y Rosenbaum (eds.), *Eutanasia: los dilemas morales* (pp. 166-169). Barcelona: Martínez Roca.

- CAMPS, Victoria. (2005). *La voluntad de vivir*. Barcelona: Ariel.
- CONFERENCIA EPISCOPAL ESPAÑOLA. (1993). *La eutanasia: 100 cuestiones y respuestas sobre la defensa de la vida humana y la actitud de los católicos*. Madrid: Palabra.
- CONFERENCIA EPISCOPAL ESPAÑOLA. (1998). *La eutanasia es inmoral y antisocial*. URL: <http://www.conferenciaepiscopal.es/pensamos/eutanasia2.htm>
- DÍEZ RIPOLLÉS, José L. (2009). "Deberes y responsabilidad de la administración sanitaria ante rechazos de tratamiento vital por pacientes. A propósito de Inmaculada Echevarría". *Revista electrónica de Ciencia Penal y Criminología*, 11, 1-34.
- DWORKIN, Ronald. (1994). *El dominio de la vida. Una discusión acerca del aborto, la eutanasia y la libertad individual*. Barcelona: Ariel.
- EPÍCTETO. (2007). *Enquiridón o Máximas*. Palma de Mallorca: José de Olañeta.
- EVERETT KOOP, Charles. (1992). "El caso de Karen Quinlan". En Robert M. Baird y Stuart E. Rosenbaum (Eds.), *Eutanasia: los dilemas morales* (pp. 36-46). Barcelona: Martínez Roca.
- FARRELL, Martín D. (1985). *La ética del aborto y la eutanasia*. Buenos Aires: Abeledo Perrot.
- FARRELL, Martín. D. (1996a). "Apresurando la propia muerte". En *Perspectivas Bioéticas en las Américas*, 1(I), 92-99.
- FARRELL, Martín. D. (1996b). "Eutanasia". En Osvaldo Guariglia (Ed.), *Cuestiones morales* (pp. 259-269). Madrid: Trotta.
- FOOT, Philippa. (1977). "Euthanasia". *Philosophy and Public Affairs*, 6, (22), 85-112.
- GARZÓN VALDÉS, Ernesto. (1988). "¿Es éticamente justificable el paternalismo jurídico?". *Doxa*, 5, 155-173.
- GIMBERNAT ORDEIG, Enrique. (2004). "Prólogo a la segunda edición". *Código Penal* (español). Madrid: Tecnos.
- GLOVER, Jonathan. (1977). *Causing Death and Saving Lives*. Middlesex: Penguin Books.
- GUISÁN, Esperanza. (2005). "A eutanasia, unha cuestión filosófica (non dogmática)". En Elías Pérez Sánchez (Coord.), *Sobre o dereito a unha morte digna* (pp. 61-71). A Coruña: Espiral Maior Universitas.
- HARRIS, John. (1985). *The Value of Life*. London: Routledge and Kegan Paul.
- HUME, David. (1988). "Sobre el suicidio". En Carlos Mellizo, *David Hume: Sobre el suicidio y otros ensayos* (pp.121-134). Madrid: Alianza.

- IGLESIA CATÓLICA. (1992). *Catecismo de la Iglesia Católica*. Madrid: Coeditores Litúrgicos et Alii-Librería Editrice Vaticana.
- JUAN PABLO II. (1995). *Evangelium vitae*. Madrid: San Pablo.
- KANT, Immanuel. (1988). *Lecciones de ética*. Barcelona: Crítica.
- KANT, Immanuel. (1994). *Fundamentación de la metafísica de las costumbres*. Madrid: Espasa Calpe.
- KOHL, Marvin. (1974). "Beneficent Euthanasia". *The Humanist*, July/August, 9-11.
- KUHSE, Helga. (1987). *The Sanctity -of-life Doctrine in Medicine*. Oxford: Clarenton Press.
- KUHSE, Helga. (1992). "Quality of life and the death of Baby M.". *Bioethics*, 6(3), 233-250.
- KUHSE, Helga. (1995). "Eutanasia". En Peter Singer (Ed.), *Compendio de Ética* (pp. 405-416). Madrid: Alianza.
- KÜNG, Helga. (1983). *¿Vida eterna?* Madrid: Cristiandad.
- KÜNG, Hans. (1997). "La encíclica *Evangelium Vitae* y el problema de la eutanasia". En Hans Küng y Walter Jens, *Morir con dignidad. Un alegato a favor de la responsabilidad* (pp. 87-94). Madrid: Trotta.
- LOCKE, John. (1999). *Segundo tratado sobre el gobierno*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- LORENZO SALGADO, José Manuel. (2005). "Eutanasia e Lei Penal". En Elías Pérez Sánchez (Coord.), *Sobre o dereito a unha morte digna* (pp. 111-154). A Coruña: Espiral Maior Universitas.
- MARCO AURELIO. (2011). *Soliloquios*. Madrid: Cátedra.
- MARTÍNEZ-BUJÁN PÉREZ, Carlos. (29 de septiembre de 2004). Eutanasia, moral y derecho penal. *La Voz de Galicia*, pp. 63.
- MILL, John Stuart. (1988). *Sobre la libertad*. Madrid: Alianza.
- MIRET MAGDALENA, Enrique. (2003). "Eutanasia, filosofía y religión". *Humanitas. Humanidades médicas*, I(1), 113-120.
- MONTOYA, José. (2004). "Sobre libertad y tolerancia (a propósito de *On liberty* de J. S. Mill)". *Recerca*, 4, 67-77.
- MORI, Maurizio. (1998). "Sobre la muerte digna y la moralidad de la eutanasia: cómo un enfoque utilitarista está cambiando nuestro punto de vista sobre el final de la vida". *Télos*, VII (1), 107-116.
- MUÑAGORRI LAGUÍA, Ignacio. (1994). *Eutanasia y Derecho Penal*. Madrid: Centro de Publicaciones del Ministerio de Justicia e Interior.

- NINO, Carlos. S. (1992). *Fundamentos de Derecho Constitucional*. Buenos Aires: Astrea.
- PÉREZ SÁNCHEZ, Elías. (1997). "La eutanasia voluntaria activa. Consideraciones éticas y jurídicas sobre el «caso Sampederro»". *Claves de razón práctica*, 74, 58-61.
- PÉREZ SÁNCHEZ, Elías. (1998). "A eutanasia voluntaria e o dereito á vida: reflexións en torno ao caso Sampederro". En Cristina Caruncho y Purificación Mayobre (Coords.), *Novos dereitos: Igualdade, Diversidade e Disidencia* (pp. 319-328). Santiago: Tórculo.
- PÉREZ SÁNCHEZ, Elías. (2004). "A eutanasia e o valor da vida". *Tempos novos*, 89, 38-42.
- PÉREZ SÁNCHEZ, Elías. (2007). "Reflexiones sobre la eutanasia y el suicidio asistido". En Elías Pérez Sánchez (Ed.), *La muerte digna. 10 reflexiones sobre la eutanasia* (pp.117-138). A Coruña: Espiral Maior.
- PORTA, J. (2003). "Aspectos clínicos de la sedación en cuidados paliativos". En *Ética y Sedación al final de la vida* (pp. 25-26). Barcelona: Cuadernos de la Fundació Víctor Grífols i Lucas.
- RACHELS, James. (1986). *The End of Life. Euthanasia and Morality*. Oxford: Oxford University Press.
- REILANDER, D. (4 de febrero de 1992). Nancy B.'s right to decide. *The Spectator*, s/d.
- SÁDABA, Javier. (2004). *Principios de bioética laica*. Barcelona: Gedisa.
- SECPAL. (2002). *Aspectos éticos de la sedación en cuidados intensivos*. URL: <http://www.diariomedico.com/asesor/aspectos-secpal240402>
- SÉNECA. (1986). *Cartas Morales a Lucilio*. Madrid: Gredos.
- SINGER, Peter. (1995). *Ética práctica*. Cambridge: Cambridge University Press.
- SINGER, Peter. (1997). *Repensar la vida y la muerte. El derrumbe de nuestra ética tradicional*. Barcelona: Paidós.
- TASSET, José L. (2005). *Escritos impíos y antirreligiosos*. Madrid: Akal.
- TASSET, José L. (2007). "Eutanasia y tolerancia liberal". En Elías Pérez Sánchez (Ed.), *La muerte digna. 10 reflexiones sobre la eutanasia* (pp.153-171). A Coruña: Espiral Maior.
- TASSET, José L. (2008). "El suicidio en la historia de la filosofía: Un breve recorrido con una parada en «on suicide» de David Hume". En José L. Fernández Sastre, Filiberto Fuentesnebro de Diego, Águeda Rojo Pantoja (Eds.), *Suicidio* (pp. 13-37). Madrid: Feito.
- TOMÁS DE AQUINO. (2012). *Summa Theologiae*. URL: hfg.com.ar/sumat/

TORRES QUEIRUGA, Andrés (2007). "La vida y la muerte: El problema de la eutanasia". En Elías Pérez Sánchez (Ed.), *La muerte digna. 10 reflexiones sobre la eutanasia* (pp. 93-115). A Coruña: Espiral Maior.

WREEN, Michael. (1988). "The definition of euthanasia". *Philosophy and Phenomenological Research*, 4, 264-283.

Notas

¹ Tomo esta última expresión —"accanimento terapéutico"— de Maurizio Mori (1998: 110).

² En el Nuevo Testamento, ciertamente la vida física no era considerada un valor absoluto sin más frente a otros valores que la podían trascender. Torres Queiruga (2007: 99-100) es muy explícito en esta cuestión cuando dice lo siguiente: "[sic] Los textos son claros: «el que quiera poner a salvo su vida, la perderá; pero quien pierda su vida por mi causa o por la del Evangelio, ese la pondrá a salvo» —Mc 8,5—; «no le tengáis miedo a los que matan el cuerpo pero no pueden matar el alma; temed más bien a aquel que puede arruinar el cuerpo y el alma en el infierno» —Mt 10, 28—; «nadie tiene amor mayor que este: que uno dé su vida por los amigos» —Gn 12,13".

³ El judaísmo ortodoxo se inspira en el Antiguo Testamento, en el que se percibe una clara aversión hacia la libre disposición de la propia vida considerando que la vida no era propiedad del hombre sino de Dios, por lo que debíamos hacer con ella lo que Dios nos exigiera. Tanto Torres Queiruga (2007) como Miret Magdalena (2003) reconocen que en los inicios del cristianismo y en los documentos bíblicos se llevaba a cabo una clara jerarquización del valor de la vida humana situándola por debajo de circunstancias superiores a cualquier deseo de preservación al entrar en juego la guerra justa, la legítima defensa o la pena de muerte. El propio Miret Magdalena pone como ejemplo la aprobación del "suicidio indirecto" de Sansón con el fin de provocar conjuntamente la muerte de los dirigentes filisteos.

⁴ El pensamiento de la Iglesia Católica fue perfilado desde el principio del cristianismo por san Agustín y, más tarde, por santo Tomás de Aquino, quien marcó el pensamiento teológico que se hizo oficial en la Iglesia. Con todo, las razones contra la eutanasia proceden de las ideas formuladas por el pensador Lactancio, un teólogo seglar de los siglos III y IV, quien, según Miret Magdalena (2003: 117) consideraba a los enfermos terminales "inútiles para los hombres, pero útiles para Dios, que les conserva la vida".

⁵ Uno de los deberes que Kant mantiene de modo firme es el consistente en preservar la vida a toda costa, incluso en situaciones de máximo sufrimiento. Así, señala que "cuando las adversidades y una pena sin consuelo han arrebatado a un hombre el gusto por la vida (...) y aun deseando la muerte, conserva su vida sin amarla sólo por deber y no por inclinación o miedo, entonces su máxima sí tiene contenido moral" (1994: 60). Mas esto no queda así, dado que Kant también considera que la disponibilidad de la propia vida violaría los "deberes para con uno mismo" (1988: 158), despojaría al hombre "de todo valor en términos absolutos" (1988: 158), atentaría contra "la dignidad del género humano" (1988: 164) y contra el imperativo categórico en su formulación de la autofinalidad (1994: 104-105). Kant consideraba, además, que la persona que incumpliera los deberes para con uno mismo correría el riesgo de incumplir los deberes fundamentales para con los demás: la vida es intrínsecamente buena y nadie puede disponer de la propia vida a su antojo y mucho menos ser dueño y señor de la vida de los demás (1988: 191). Por fin, decía Kant, el hombre podría disponer de los bienes materiales exceptuando su propio cuerpo ya que éste sería "una condición inexcusable para la vida" (1988: 188) y un requisito para "el propósito de la autoconservación" (1988: 189).

⁶ Sobre la discusión acerca del "principio del daño", puede consultarse, entre muchos otros, José Montoya (2004). También, desde un punto de vista más amplio, la revisión monográfica del liberalismo de John Stuart Mill planteada por la revista *Télos* (2005, Vol. 14. No. 1).

⁷ He tratado el caso de Ramón Sampedro, tetrapléjico gallego con síndrome de sección



medular y que reclamaba ayuda activa para morir, en distintos trabajos (Pérez Sánchez, 1997; 1998; 2004).

⁸ “La vida humana es sagrada porque desde su inicio comporta «la acción creadora de Dios» y permanece siempre en una especial relación con el Creador, su único fin. Sólo Dios es Señor de la vida desde su comienzo hasta su término: nadie, en ninguna circunstancia, puede atribuirse el derecho de matar a un ser humano inocente. (...) Explícitamente, el precepto «no matarás» tiene un fuerte contenido negativo: indica el límite que nunca puede ser transgredido. Implícitamente, sin embargo, conduce a una actitud positiva de respeto absoluto por la vida, ayudando a promoverla y a progresar por el camino del amor que se da, acoge y sirve. (...) ¡Sólo Dios es dueño de la vida! La vida humana es sagrada e inviolable en cada momento de su existencia, también en el inicial que precede al nacimiento. (...) Por otra parte, «la legítima defensa puede ser no solamente un derecho, sino un deber grave, para el que es responsable de la vida del otro, del bien común de la familia o de la sociedad». (...) En este horizonte se sitúa también el problema de la pena de muerte, respecto a la cual hay, tanto en la Iglesia como en la sociedad civil, una tendencia progresiva a pedir una aplicación muy limitada e, incluso, su total abolición. (...) La autoridad pública debe reparar la violación de los derechos personales y sociales mediante la imposición al reo de una adecuada expiación del crimen, como condición para ser readmitido al ejercicio de la propia libertad. De este modo la autoridad alcanza también el objetivo de preservar el orden público y la seguridad de las personas, no sin ofrecer al mismo reo un estímulo y una ayuda para corregirse y enmendarse. Es evidente que, precisamente para conseguir todas esas finalidades, la medida y la calidad de la pena deben ser valoradas y decididas atentamente, sin que se deba llegar a la medida extrema de la eliminación del reo, salvo en casos de absoluta necesidad, es decir, cuando la defensa de la sociedad no sea posible de otro modo”. (Juan Pablo II, 1995: 97-99; 101-102).

⁹ Así, el vigente Código de Ética y Deontología Médica, en los artículos 28.1 y 28.2 dice lo siguiente: “El médico nunca provocará intencionadamente la muerte de un paciente ni por propia decisión, ni cuando el enfermo o sus allegados lo soliciten, ni por ninguna otra exigencia. La eutanasia u «homicidio por compasión» es contraria a la ética.

”En caso de enfermedad incurable y terminal, el médico debe limitarse a aliviar los dolores físicos y morales del paciente, manteniendo en todo lo posible la calidad de una vida que se agota y evitando emprender o continuar acciones terapéuticas sin esperanza, inútiles u obstinadas. Asistirá al enfermo hasta el final, con el respeto que merece la dignidad del hombre”.

¹⁰ Ver en este sentido la nota 8. La organización médica y la Sociedad de Cuidados Paliativos emitieron el 11 de enero de 2002 una *Declaración sobre la atención médica al final de la vida* en la que definieron la sedación como la “disminución deliberada de la conciencia con el objetivo de evitar un sufrimiento insostenible” a la vez que indicaban su utilización en enfermos terminales en vez de recurrir a la eutanasia (directa y activa), de la que, dicha conducta, se desmarcaba. Más tarde, en un comunicado conjunto de la Organización Médica Colegial y de las Sociedades Españolas de Cuidados Paliativos (SECPAL), de Oncología Médica (SEOM), de Geriátrica (SEGG) y Medicina de Emergencias (SEMES), y publicado en el diario *El Mundo, Suplemento “Salud”,* nº 613 (16-4-2005), reiteraron la conveniencia de la utilización de la sedación terminal como un procedimiento indicado tanto ética como jurídicamente en casos de situación terminal, y como medida alternativa a la eutanasia, en tanto la intención de la sedación terminal consiste en aliviar el sufrimiento físico y/o psicológico del paciente, inalcanzable con otras medidas.

¹¹ Sobre el “caso Echevarría”, puede verse el estudio llevado a cabo por Díez Ripollés (2009) en el que analiza el derecho a rechazar tratamientos médicos por parte de pacientes en situaciones clínicas críticas de tránsito entre la vida y la muerte, y los correspondientes deberes de la administración sanitaria española. El análisis se realiza teniendo en mente las circunstancias que llevaron finalmente a interrumpir, a su petición, en 2007, la ventilación mecánica que mantenía con vida a la paciente Inmaculada Echevarría.

¹² Sin desear entrar en profundidad en este debate, diré que la diferencia entre los distintos tipos de sedación aparecen explicados en el documento aprobado por el Comité Directivo de la



Sociedad Española de Cuidados Paliativos, en Barcelona, el 26 de enero de 2002. (SECPAL, 2002). Posteriormente, Josep Porta, presidente del Comité de Ética de la SECPAL, al explicar los escenarios clínicos en los que podrían llevarse a cabo los distintos tipos de sedación, introdujo una diferencia entre sedación paliativa, terminal y sedación *en la agonía*. Así, dice lo siguiente: “En un sentido amplio debe entenderse por *sedación paliativa* la sedación utilizada por razones paliativas y la *sedación en la agonía* a la sedación paliativa que se lleva a cabo en el paciente agonizante. En nuestra opinión y de otros autores el término de *sedación terminal* es confuso ya que puede interpretarse como que es la sedación la que termina con el paciente y por ello es mejor sustituirla por *sedación en la agonía* ya que son términos más descriptivos. (...) Cuando se considera o indica la sedación paliativa no es indispensable que el paciente se halle cerca de la muerte pero se entiende que habitualmente el contexto clínico es el de enfermedad avanzada o terminal. Cuando la sedación paliativa se prescribe en la situación clínica de una muerte inminente, o sea en la agonía, (anteriormente denominada *sedación terminal*) el procedimiento clínico general y las consideraciones éticas son las mismas que en la sedación paliativa cuando el paciente no está en la agonía, pero deben reconocerse las diferencias de ambos escenarios clínicos. Con el fin de distinguirlos proponemos utilizar el término de sedación paliativa para nombrar el procedimiento general y designar como sedación en la agonía la sedación paliativa en el caso del paciente que se halla en la situación de últimos días. (...) Los requisitos para una buena práctica médica de la sedación paliativa incluye: a) existencia de un síntoma refractario, b) objetivo de disminuir el distrés, c) disminución proporcionada del nivel de conciencia, c) (sic) consentimiento; y cuando se considere la sedación en la agonía d) supervivencia esperada de días u horas” (Porta, 2003: 25-26).

¹³ Una serie de encuestas realizadas en España en los últimos años parecen avalar lo que acabamos de decir. Así, la realizada por Sigma Dos, en exclusiva para el semanario *Tiempo* (nº 307, 1988), reflejaba que una gran parte de los españoles mantenían una actitud bastante tolerante con respecto a la eutanasia en casos de enfermedad dolorosa y mortal. A finales de 1988, y por medio de una iniciativa oportuna (el senador Cesáreo Rodríguez Aguilera acababa de elaborar un borrador de proyecto de ley regulador de la eutanasia), el Colegio Oficial de Médicos de Barcelona (COMB) promovió una encuesta entre los colegiados de la provincia, con el fin de conocer el estado de opinión acerca de la eutanasia y una posible legalización. El resultado llamó la atención en aquella época, por varias razones: en primer lugar, una amplísima mayoría (el 82,3 por ciento de los encuestados) se mostraba partidaria de una ley reguladora de la eutanasia, frente a un 17,2 por ciento que se manifestó contrario a la elaboración de dicha ley, alegando para ello razones de carácter ético-religioso; en segundo lugar, porque frente a un 52,3 por ciento de médicos que estaban a favor de la eutanasia pasiva y en contra de la activa, un 43,2 por ciento consideraba que ambas modalidades debieran ser permisibles. Por fin, si los que pensaban que debía existir una ley reguladora de la eutanasia constituían una rotunda mayoría, eran aún más (el 96 por ciento) los que compartían la opinión de que esa ley contemplara la objeción de conciencia para los médicos. Acerca de quién o quiénes debieran ser los responsables últimos en la decisión de aplicar la eutanasia, se produjo un consenso mayoritario en favor del propio enfermo (explícitamente si estuviera consciente) o sus familiares y el propio médico o equipo médico que lo atendiera, si el enfermo hubiese perdido la conciencia (vid. los resultados de la encuesta en *El Médico*, nº 304, 1989, pp. 46-51; *Consulta*, nº 431, 1989, pp. 5-9; *7 Días Médicos*, nº 8, 1989, pp. 5-6).

A finales de 1995, el Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS) realizó una encuesta de la que se deducía que el 62 por ciento de los españoles estaría a favor de la eutanasia en determinados circunstancias.

En Galicia, y en los últimos años, se han realizado diversas encuestas. Una de ellas, llevada a cabo por I&MO S. A. en 1989 (y publicada en *La Voz de Galicia*, el 25 de junio de 1989), demostraba una opinión favorable a situaciones eutanásicas en casos excepcionales (un 41 por ciento de los encuestados). Otra, realizada posteriormente por Sondaxe (Instituto de Estudios Sociológicos Galegos, S. L.), y publicada en el mismo diario el 14 de febrero de 1994, demostraba que los gallegos admitían la eutanasia. Si bien los datos de la encuesta no son expuestos de un modo claro, el 70 por ciento de los encuestados estaría a favor de la

eutanasia en casos de coma profundo, muerte cerebral, etc.

Una encuesta realizada por la Organización de Consumidores y Usuarios (OCU), en 2000, y publicada en distintos medios de comunicación en enero de 2001 (véase *La Voz de Galicia* del 15 de enero de 2001), demostró que el 15 por ciento de los médicos reconocían que habían ayudado a morir a algunos de sus pacientes, a petición de ellos mismos o de sus familiares. Un reducido grupo había tomado esta iniciativa incluso sin el consentimiento de los propios pacientes: el 12,5 por ciento de los especialistas que trataban a enfermos terminales había practicado la eutanasia activa por iniciativa propia.

La encuesta realizada por el Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS), a instancias del Senado, entre 1057 médicos, sobre su actitud frente a la eutanasia (Estudio nº 2451 sobre las "Actitudes y opiniones de los médicos ante la eutanasia", abril-mayo de 2002), muestra la evolución de este estamento profesional, muy matizada, respecto de una cuestión que afecta de lleno a la práctica médica. El dato más destacable es que seis de cada diez médicos españoles son favorables a la legalización de la eutanasia activa, aunque sólo una minoría se muestra dispuesta a aplicarla.

Aunque los datos de todas estas encuestas no son mostrados en este trabajo con total profundidad, ha de reconocerse la evidencia de que tanto la sociedad española como los profesionales de la sanidad y determinadas organizaciones políticas coinciden en mantener la convicción favorable a la regulación de la eutanasia.

Fecha de recepción: 14 de abril de 2014. Fecha de aceptación: 09 de junio de 2014.