

La eutanasia y el final de la vida

Una reflexión crítica



Javier de la Torre

Sal Terrae
Colección «EL POZO DE SIQUÉN »

414

Javier de la Torre

LA EUTANASIA Y EL FINAL DE LA VIDA

Una reflexión crítica

Cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública o transformación de esta obra solo puede ser realizada con la autorización de sus titulares, salvo excepción prevista por la ley. Diríjase a CEDRO (Centro Español de Derechos Reprográficos) si necesita reproducir algún fragmento de esta obra (www.conlicencia.com / 91 702 19 70 / 93 272 04 47).

Grupo de Comunicación Loyola
• Facebook / • Twitter / • Instagram

© Editorial Sal Terrae, 2019
Grupo de Comunicación Loyola
Polígono de Raos, Parcela 14-I
39600 Maliaño (Cantabria) – España
Tfno.: +34 944 470 358
info@gcloyola.com
gcloyola.com

Imprimatur:
✠ Manuel Sánchez Monge
Obispo de Santander
30-07-2019

Diseño de cubierta:
Félix Cuadrado Basas, *Sinclair*

ISBN: 978-84-293-2910-0

A la memoria de tres grandes seres humanos,
amigos sabios, sacerdotes
y maestros en el acompañamiento
del dolor, la discapacidad y la enfermedad:

Luis González Morán (1935-2018),
Ignacio Boné Pina (1967-2018),
Léo Pessini (1955-2019).

Dejasteis este mundo más estrecho,
más envuelto en lágrimas de amor, encogido.
Mandadnos desde lo alto amigos
para pasear, para tomar arroces
y para atisbar horizontes
con el halo de vuestro espíritu.

Índice

Prólogo: Reflexiones en común

1. Definiciones
2. Breve recorrido histórico
3. Cambios culturales en el bien morir
4. La eutanasia en el mundo
5. La eutanasia en España
6. La eutanasia en la tradición cristiana
7. Argumentos a favor y en contra de la eutanasia
8. La eutanasia en otras tradiciones religiosas

Conclusiones

Referencias bibliográficas

Recursos cinematográficos: Diez películas sobre la eutanasia

Índice general

Prólogo

Reflexiones en común

Este es un libro de divulgación que pretende llegar al corazón de muchas personas y clarificar algunas cuestiones concernientes al final de la vida. Para un trabajo más académico hemos realizado otras publicaciones, libros y artículos, que aparecen en la bibliografía. Estas páginas, sin embargo, pretenden una conversación más amplia y más allá de los muros de la Universidad y los especialistas.

El libro se enmarca en un trabajo común de varios años del Grupo de Trabajo de UNIJES (Universidades Jesuitas de España) en el que participan la Universidad de Deusto, el Institut Borja de Bioética de la Universidad Ramon Llull, la Cátedra Andaluza de Bioética de la Facultad de Teología de Granada y la Cátedra de Bioética de la Universidad Pontificia Comillas sobre las cuestiones del final de la vida.

Detrás de todas estas páginas late una profunda compasión por cada enfermo al final de la vida. Hay un deseo de cercanía y de compañía en ese final de la vida, que puede vivirse con plenitud hasta su término y que puede vivirse acompañado hasta el final. Pretendemos clarificar, orientar, ayudar, dar luz, hacer pensar, cuestionar, apaciguar, ahondar, alentar, pero nunca, nunca, nunca sustituir la decisión de cada persona desde lo más profundo de su conciencia. Simplemente pretendemos con esta serie de páginas, que pueden descansar en una mesilla, acompañar pensamientos y sentimientos.

El tema de la eutanasia es de enorme relevancia hoy. Es un debate abierto que a muchos desafía desconcierta y provoca. Hay mucha confusión y muchos intereses encontrados. De ahí la necesidad de una mirada honda, amplia y sencilla sobre este tema. Por este motivo el enfoque del libro será necesariamente interdisciplinar. Un primer capítulo intentará definir los términos; el segundo capítulo abordará la perspectiva histórica del concepto; el tercer capítulo se adentra en la perspectiva cultural y los desafíos culturales; el cuarto capítulo, en la perspectiva jurídica internacional; el quinto hará un análisis sociopolítico de la realidad española describiendo los diferentes agentes que intervienen en este tema; el sexto capítulo aborda la propuesta de la Iglesia católica en la materia; en el séptimo se analizan los diferentes argumentos del debate, y en el octavo se presentan las diversas tradiciones religiosas no cristianas para ofrecer una perspectiva más intercultural e interreligiosa.

Esperemos que este libro aporte no solo información sino también conocimiento, sabiduría y vida. Como bien expresan los versos de T. S. Eliot («Coros de la Piedra, I»,

en *Poesías reunidas*, Alianza, Madrid 1979):

«¿Dónde está la Vida que hemos perdido viviendo?
¿Dónde está la sabiduría que hemos perdido en conocimiento?
¿Dónde está el conocimiento que hemos perdido en información?».

Definiciones

Las palabras son importantes. La palabra *eutanasia* significa diversas cosas para diversas personas y culturas y en diversos momentos de la historia, como bien apuntan diferentes estudios. Por eso, lo primero en un debate social es intentar definir y delimitar el asunto que tratamos. No podemos abordar temas complejos si no precisamos su significado. Las palabras pueden servir para entendernos o para enredarnos.

Para evitar desviar el debate y la reflexión de su centro, entendemos que la conducta eutanásica no puede ser confundida con prácticas ya asumidas más o menos serenamente, como la limitación y adecuación del esfuerzo terapéutico, la sedación paliativa, el rechazo de determinados tratamientos desproporcionados por el paciente y la renuncia por parte de los médicos a aplicar tratamientos fútiles. Tampoco podemos confundir la eutanasia con prácticas reprobables como la negligencia médica, la omisión del deber de socorro, el abandono o provocar la muerte de un paciente sin una petición voluntaria, expresa y reiterada.

Para esta clarificación ha sido esencial en nuestro país el documento de la Organización Médica Colegial (OMC) y la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL) del 19 de septiembre de 2015 *Atención médica al final de la vida: Conceptos y definiciones*. Allí se describen los conceptos fundamentales del final de la vida con sus definiciones, que nosotros asumimos en este estudio. Los acompañamos de unos ejemplos que puedan ser indicativos para aclarar bien el término.

- ♦ *Adecuación del esfuerzo terapéutico*: Consiste en retirar, ajustar o no instaurar un tratamiento cuando el pronóstico limitado así lo aconseje. Es la adaptación de los tratamientos a la situación clínica del paciente.

Ejemplo: Enferma de 97 años en hospital con reiterados ingresos durante el último año, con insuficiencia respiratoria y cáncer de hueso terminal; se decide no ponerle un respirador y llevarla a planta.

- ♦ *Obstinación terapéutica*: Consiste en la instauración de medidas no indicadas, desproporcionadas o extraordinarias con la intención de evitar la muerte en un paciente tributario de tratamiento paliativo. Constituye una mala práctica.

Ejemplos: El emperador japonés Hiro Hito fue mantenido 111 días en agonía

hasta su muerte. Sufrió un cáncer, fue operado, pero el cáncer se había extendido y se mantuvo con vida artificialmente a Hiro Hito para preparar la sucesión.

– Enfermo de 98 años, hipertenso y con reciente infarto de miocardio. Sufre una caída y se decide operarle la cadera. La recuperación es lenta y sufre otro infarto. No acaba de poder dejar la silla de ruedas. Se siente muy frágil. El riñón empieza a fallar y comienza un tratamiento de diálisis. El paciente sufre una neumonía y se le pone un respirador artificial.

- ♦ **Abandono:** Consiste en la falta de atención adecuada a las necesidades del enfermo y su familia. Entre sus motivos destacan la falsa idea de que «ya no hay nada que hacer» y una formación insuficiente en cuidados paliativos, así como el miedo o sensación de fracaso profesional. En medicina paliativa son claros ejemplos de abandono, entre otros, no atender bien los síntomas del paciente, no utilizar la sedación cuando esta está indicada o no informar al paciente adecuadamente.

Ejemplo: Enferma diabética de 85 años. Vive sola. Sus dos hijos viven en el extranjero. Es ingresada por una neumonía un largo puente de diciembre. Durante cinco días no pasa ningún médico a atenderla. Las enfermeras pasan simplemente un par de minutos para ver la medicación, tomar la tensión y llevarle la comida. Al segundo día, por escasez de camas y habitaciones, se la traslada a un pasillo. Ella misma se administra la insulina y algún día se les olvida llevarle la cena.

Abandono y obstinación son los dos extremos de la mala praxis médica en la atención al final:

<i>Abandono (cuidado insuficiente)</i>	<i>Obstinación terapéutica (exceso)</i>
<ul style="list-style-type: none"> – No proporcionar cuidados normales. – No administrar tratamientos proporcionados, útiles y necesarios. – No proporcionar analgésicos ante el dolor. 	<ul style="list-style-type: none"> – Tratamientos inútiles. – Tratamientos desproporcionados. – Tratamientos que aumentan la situación penosa y de sufrimiento.

- ♦ **Eutanasia:** Es la provocación intencionada de la muerte de una persona que padece una enfermedad avanzada o terminal, a petición expresa de ella, y en un contexto médico.

Ejemplo: Enfermo de 80 años con dolores óseos insoportables pide en un par de ocasiones al médico, que es un buen amigo, que le administre unas dosis letales de cloruro mórfico y unos calmantes. A la tercera petición, el médico accede y se las administra, y a los diez minutos el enfermo muere.

- ♦ **Suicidio médicaamente asistido:** Es la ayuda médica para la realización de un suicidio ante la solicitud de un enfermo, proporcionándole los fármacos

necesarios para que él mismo se los administre.

Ejemplo: Enfermo de 90 años con cáncer terminal solicita al médico una dosis de cianuro potásico y unos calmantes. El médico se los facilita y el enfermo los toma y muere.

- ◆ *Planificación anticipada de los cuidados:* Es la expresión del proceso de toma de decisiones anticipadas de un paciente capaz, informado y ayudado por el equipo asistencial acerca de la atención que desea recibir en posibles escenarios clínicos futuros sobre los que el paciente expresa sus preferencias para el caso de que ya no pueda decidir personalmente
- ◆ *Documento de instrucciones previas:* Es el documento por el cual una persona mayor de edad, capaz y libre manifiesta anticipadamente su voluntad sobre los cuidados y los tratamientos y sobre el destino de su cuerpo o de los órganos del mismo una vez llegado el fallecimiento, con el objeto de que esta voluntad se cumpla si, cuando llegue el momento, la persona no se encuentra en condiciones de expresarla personalmente.
- ◆ *Sedación paliativa:* Es la disminución deliberada de la conciencia del enfermo, una vez obtenido el oportuno consentimiento, mediante la administración de los fármacos indicados y en dosis proporcionadas, con el objetivo de evitar un sufrimiento insostenible causado por uno o más síntomas refractarios.

<i>Intervención provoca muerte</i>	<i>Intervención previa</i>
<ul style="list-style-type: none"> – Eutanasia – Suicidio asistido 	<ul style="list-style-type: none"> – Planificación anticipada de cuidados – Instrucciones previas – Sedación paliativa/Cuidados paliativos

Hace años, algunos firmamos el documento de propuesta de consenso sobre un uso correcto de las palabras en la discusión sobre *Ética y muerte digna* promovido por Pablo Simón y Francisco Alarcos (Simón y Alarcos, 2008) y secundado por más de cincuenta bioeticistas españoles. El documento define la eutanasia como «la actuación de un profesional sanitario que produce de forma deliberada la muerte de su paciente con una enfermedad irreversible, porque este, siendo capaz, se lo pide de forma expresa, reiterada y mantenida, por tener una vivencia de sufrimiento derivada de su enfermedad que experimenta como inaceptable, y que no se ha conseguido mitigar por otros medios».

Tres notas, por tanto, caracterizan la eutanasia, a nuestro juicio: 1) petición deliberada, voluntaria, expresa y reiterada; 2) es aplicada por el profesional sanitario, realizada sin dolor y en interés de la persona; 3) en una enfermedad irreversible.

Esquemáticamente podemos decir que solo hay eutanasia cuando:

<i>Plano de la intención</i>	<i>Plano de los medios</i>	<i>Plano formal</i>
------------------------------	----------------------------	---------------------

La intención del profesional de la salud es poner fin a la vida o de acelerar la muerte.	Uso de sustancias letales.	Petición deliberada del sujeto con enfermedad irreversible y vivencia de sufrimiento.
--	----------------------------	---

El documento define el suicidio médicaamente asistido como la actuación de un profesional sanitario mediante la que proporciona, a petición expresa y reiterada de su paciente capaz, con una enfermedad irreversible que le produce un sufrimiento que experimenta como inaceptable y que no se ha conseguido mitigar por otros medios, los medios intelectuales y/o materiales imprescindibles para que pueda terminar con su vida suicidándose de forma efectiva cuando lo deseé. Allí también se definen otros términos que son importantes cuando hablamos del final de la vida:

- ◆ *Asesinato*: Matar a alguien con alevosía, ensañamiento o mediando precio.
- ◆ *Homicidio*: Matar a alguien sin que concurren las circunstancias de alevosía, precio o ensañamiento.

Ejemplo: Enfermera de 40 años, ante un enfermo de 86 años con dolores de columna insopportables, le inyecta una jeringuilla repleta de aire provocándole la muerte en un momento que está a solas con ellas en el turno de noche.

- ◆ *Omisión del deber de socorro profesional*: situación en que los profesionales sanitarios deniegan o abandonan la asistencia sanitaria debida a un paciente, derivándose entonces un grave riesgo para su salud.
- ◆ *Negligencia profesional, mala praxis*

Ejemplo: Médico receta a un enfermo de cáncer de huesos unas dosis menores de analgésicos haciendo que el enfermo muera con grandes dolores.

- ◆ *Rechazo de tratamiento o denegación de consentimiento*: el protagonismo lo tiene el paciente (Ley 41/2002, de 14 de noviembre).

Ejemplo: Manuela lleva varios años luchando contra un cáncer. Hace años superó un cáncer de mama. Ahora tiene de nuevo cáncer de ovario. Lleva dos años de tratamientos con quimio. El cáncer se ha extendido bastante. Está cansada y decide no seguir los tratamientos.

En el documento *Ética y muerte digna* se presentaban unos casos paradigmáticos de cada concepto. Creo que es importante hacer algo semejante en este capítulo para no comprender los conceptos simplemente en la teoría, sino también en la práctica. No estamos ahora entrando en una valoración moral, sino en una distinción conceptual. Optamos por una definición descriptiva de los conceptos. Es evidente que puede haber una sedación mal hecha, una limitación o adecuación del esfuerzo terapéutico poco conveniente, un rechazo de tratamiento poco razonable o un rechazo de una medida de soporte vital claramente inmoral. Si a un enfermo terminal de cáncer se le inyecta una cantidad de cloruro mórfico tres veces superior a la dosis necesaria, no se está sedando bien y se incurre en un homicidio. Si una mujer casada y con cuatro hijos rechaza un

tratamiento de cáncer de pecho, es probable que su decisión no sea la más prudente y razonable. Es claro que estas prácticas no son morales, pero también es claro que no son eutanasia. Exponemos a continuación varios casos para clarificar bien los conceptos. ¿Qué es cada caso?

- ◆ *Caso 1: Juan (89 años, viudo).* Tiene alzhéimer desde hace doce años. Además, tiene hipertensión, artritis y fallos renales. Tiene un derrame cerebral y tiene pocos momentos de conciencia. Ahora sufre de neumonía y deshidratación y un reciente infarto de miocardio. Tiene muy poca calidad de vida. Tiene constantemente dolor, es incapaz de interaccionar significativamente con otros, está frecuentemente en tensión y come y bebe poco. El equipo médico decide retirar el tratamiento activo y da orden de no reanimación y de mantener la nutrición e hidratación artificiales. Juan sufre un nuevo infarto de miocardio y muere.
- ◆ *Caso 2: Inmaculada (51 años).* Desde los 29 años sufre distrofia muscular progresiva. Desde los cuarenta años es totalmente dependiente de un respirador artificial. Hace un año ha comenzado a decir que no desea vivir en tales circunstancias. Hace un mes escribió al equipo médico un testamento vital-diretrices anticipadas. Expresó que, después de una sedación, deseaba que el doctor le retirara el respirador artificial. El equipo médico ha considerado la autenticidad de sus deseos, su capacidad y la estabilidad de su petición. Inmaculada es consciente de que la retirada del ventilador probablemente la llevará a morir. Al cabo de unos días, los doctores retiran el respirador y ella muere el 14 de marzo de 2007 (inspirado en el caso real de Inmaculada Echevarría).
- ◆ *Caso 3: Andrea (12 años).* Padece desde su nacimiento una enfermedad degenerativa, irreversible e incurable (síndrome de Aicardi-Goutières). La niña se encuentra en situación terminal. Los padres han pedido retirada de hidratación y de nutrición artificial, pues estaba provocando dolor a la paciente. A Andrea no se le podían ni siquiera administrar las dosis ordinarias de nutrientes, porque la paciente no las toleraba. Los padres repiten que no piden eutanasia ni sedación terminal, sino no prolongar mecánicamente su vida. El servicio de pediatría del hospital, en un primer momento, no acepta esa orientación, pero luego flexibiliza su postura por mediación del juez. Se decide la retirada de la alimentación artificial. Mantienen la mínima hidratación para que los fármacos y la sedación hagan efecto. La niña muere a los cuatro días de retirarle la alimentación artificial, el 9 de octubre de 2015 (inspirado en el caso real de Andrea Lago Ordóñez).
- ◆ *Caso 4: Marcela (66 años).* Tiene un cáncer terminal de hueso. La metástasis está cada vez más extendida. Los médicos no le dan más de un mes o dos de esperanza de vida. No logran controlar el dolor adecuadamente. La sedan, pero no deja de quejarse de dolor. Le aumentan la sedación y sigue quejándose por un dolor que

siente insopportable. Le aumentan la sedación un poco más todavía; se siente un poco mejor, pero todavía siente dolores de vez en cuando que no puede soportar. Le aumentan otro poco la sedación y a las pocas horas fallece.

- ◆ *Caso 5: Luis (53 años, casado).* Hace ocho años que se le diagnosticó una esclerosis múltiple. Tiene en estos momentos un alto grado de discapacidad. A pesar de ello, usa silla de ruedas y le gusta dar un paseo diario con su mujer por el barrio. Ha tenido una recaída en el último mes. Tiene muchos dolores. En un primer encuentro con el doctor Fernández, expresa su deseo de morir. El doctor le da una dosis letal y Luis muere inmediatamente.
- ◆ *Caso 6: Pedro (88 años, casado).* Desde hace cuatro años lucha contra un cáncer de pulmón. Ha recibido varios tratamientos de quimioterapia. Le invitan a participar en una investigación y recibir un nuevo tratamiento de quimioterapia con una nueva medicación mucho más agresiva. Decide no participar. Está cansado de luchar. A los dos meses muere.

Ninguno de estos casos es de eutanasia.

Son casos de limitación/adecuación del esfuerzo terapéutico; rechazo de una medida de soporte vital (respirador); retirada de alimentación artificial; sedación terminal (o también puede ser un caso de sedación mal protocolizada o mal realizada); homicidio, y rechazo de tratamiento (quimioterapia). El quinto caso es un homicidio porque no hay una petición reiterada (se realiza en un primer encuentro). La eutanasia y el suicidio asistido implican que la petición se haga en diversas ocasiones mediando cierto tiempo. El cuarto caso es una sedación terminal porque la intención del médico es aliviar el dolor. Aliviar el dolor de modo que, en algunas ocasiones, pueda ocasionarse de modo indirecto y no querido la muerte no es eutanasia. La sedación terminal mitiga el dolor, la disnea y cualquier síntoma refractario consiguiendo que el paciente esté cómodo, aunque es cierto que puede acortar la vida, pero también la agonía (Elizari, 2009).

Por lo tanto, «no es eutanasia:

- Desconexión del respirador en el caso de una persona muerta clínicamente.
- Desconexión del respirador en el caso de una persona con graves padecimientos y en una situación irreversible, siempre que lo haya solicitado previamente.
- No reanimación del enfermo terminal cuando ya no puede experimentar ninguna mejoría y así lo haya solicitado.
- Cuando se deja a la persona morir “en paz”, de un modo natural, sin someterla a una prolongación artificial e inútil de la vida [...].
- Sedación terminal para evitar sufrimiento.
- Limitación del esfuerzo terapéutico».

(Marcos del Cano y De la Torre, 2019, 60).

Volvemos a repetirlo: en este libro no vamos a entrar nada más que en la valoración a fondo de la eutanasia y el suicidio asistido. No vamos a entrar a valorar éticamente la retirada de las medidas de soporte vital (ej., respirador), la retirada de la hidratación y alimentación artificial en ciertos enfermos terminales o en enfermos en estado vegetativo

permanente. Muchos de los casos que se discuten en el ámbito público entran en estos apartados y se confunden con la eutanasia sin serlo. Los casos de Vincent Lambert en Francia, Eluana Englaro en Italia o Inmaculada Echevarría en España son buenos ejemplos.

En cualquier caso, es bueno distinguir entre tratamientos inútiles (*futility*), tratamientos desproporcionados (*extraordinary means*) y medidas de soporte vital (*life sustaining treatments*). El rechazo de los dos primeros es claro. El tercero es más complejo y depende de muchos factores que hay que tener en cuenta. Un factor claro que es evidente es que al retirar un respirador, por ejemplo, lo que le hace morir al enfermo es su enfermedad, mientras que en la eutanasia lo que le hace morir es la inyección letal.

Como afirma Elizari (1992), debemos abandonar el término *eutanasia* para designar algunas intervenciones médicas. Se debería reservar el término a las intervenciones designadas por el lenguaje tradicional como «eutanasia activa». Hay que hacer un esfuerzo por eliminar los calificativos de la eutanasia para entrar en definiciones descriptivas.

A pesar de las apariencias, podemos afirmar que en estas décadas hemos llegado a acuerdos y a ciertos consensos sobre el final de la vida. No en todo, pero sí en bastantes asuntos.

- ♦ Licitud de la limitación/adecuación del esfuerzo terapéutico; rechazo de tratamientos fútiles; legitimidad de la sedación para aliviar el dolor; importancia de dejar morir en paz; derecho al rechazo de tratamientos desproporcionados; valor de las voluntades anticipadas-instrucciones previas, del consentimiento informado, del derecho a saber y no saber, de la planificación de los cuidados al final de la vida.
- ♦ Ilicitud del homicidio, el asesinato, el abandono, la negligencia, la mala praxis.

El debate social hoy está en la eutanasia y el suicidio asistido. De ahí la importancia de concentrar nuestra reflexión crítica en estos temas.

Breve recorrido histórico

No vamos a hacer aquí un exhaustivo recorrido histórico de la eutanasia y el suicidio asistido. Tenemos estudios muy buenos en este sentido (Vidal, 1998, 64-70; Caamaño, 2013, 43-107; Gracia, 1990). Aquí entresacaremos algunas ideas que nos parecen relevantes para seguir pensando, pues no podemos obviar ciertos aprendizajes de la historia.

La palabra *eutanasia*, de origen griego (*eū*, «buena» y *thánatos*, «muerte»), significa «buena muerte». Suetonio describe la muerte de César Augusto como eutanasia: tuvo la eutanasia que siempre había querido, en paz y sin dolor.

Desde una perspectiva histórica podemos encontrar tres etapas en la evolución del concepto.

1. Del siglo V a. C. al I d. C. Uso amplio y equívoco de la palabra *eutanasia*

Thomas Pottoff observa al menos cinco sentidos en la antigüedad:

1. Muerte oportuna: la que acaece en su momento.
2. Muerte después de una vida individual plena o bien realizada (Menandro, Posidipo, Crisipo).
3. Muerte recta o digna, asumida y serena. Dejarse morir como algo propio de la vida (estóicos).
4. Muerte gloriosa u honrosa (Polibio, Cicerón, epitafios de guerreros caídos).
5. Muerte suave y tranquila, sin sufrimiento (Suetonio).

La consecuencia es que *eutanasia* no designa una práctica concreta. *Eutanasia* describe una forma/modo/manera de morir estimada como buena. No es una práctica para acabar con el sufrimiento innecesario o intolerable del enfermo. Es una descripción de lo considerado como buena muerte. Aunque existieron actos directos que buscaban la muerte de personas enfermas y moribundas, no se calificaron de eutanasia en su contexto originario (Caamaño, 2013, 54).

2. Del siglo II al siglo XVI. Uso definido y perfilado

Eutanasia es la muerte suave y tranquila. Dicho sentido llega hasta 1623, cuando Francis Bacon, en su libro *De dignitate et augmentis scientiarum*, señala que el médico no solo restaura la salud, sino que también mitiga los dolores y tormentos de las enfermedades: «Y no solo cuando esta mitigación del dolor, como cualquier otro síntoma peligroso, ayuda y conduce a la recuperación, sino también cuando, habiéndose esfumado toda esperanza de recuperación, sirve solo para conseguir una salida de la vida más dulce y plácida». Y, aludiendo a la muerte de Antonino Pío, afirma: «No pareció que se muriera, sino que fue a modo de un adormecimiento dulce y placentero». Y hablando de estar junto al desahuciado (terminal sin esperanza de curación), señala que el médico debe «adquirir las habilidades y prestar atención a cómo puede el moribundo dejar la vida más fácil y silenciosamente» (IV, 2). Ese morir suave y sin dolor parece hacer referencia al morir sin dolor, sufrimiento, dulce y plácidamente, en situaciones de terminalidad. Bacon no hace referencia a la eutanasia tal como se entiende hoy, pues se muestra contrario a los que no se preocupan por conservar la vida, excusándose en que ciertas enfermedades son incurables. Bacon no aprueba acabar directamente con la vida de una persona.

Sin embargo, hay un texto de *Utopía*, de Tomás Moro, que aconseja, cuando la vida se convierte en una molestia para los enfermos y para los demás, no rechazar la muerte, bien dejándose morir de inanición o bien librándoles de la vida mientras duermen, siempre voluntariamente. Moro, sin embargo, aquí no utiliza el término *eutanasia*.

3. De la mitad del siglo XVII a nuestros días. Uso creciente de diversas distinciones

Aparece el término en ciertas obras de teólogos morales y médicos: *Oratio de euthanasia naturali* (1794), de Paradys; *De euthanasia medica* (1826), de Marx. Incluso en esta obra, el médico alemán describe «esa ciencia, la eutanasia, que frena los rasgos agresivos de la enfermedad, alivia el dolor y propicia la mayor serenidad en la hora suprema e ineludible... [pero nunca] debería estarle permitido al médico, ya inducido por el reclamo de otras personas, ya por su propio sentido piadoso, cesar la penosa condición de un paciente y acelerar su muerte a propósito y deliberadamente».

A partir de mediados del siglo XVII, *eutanasia* se refiere a una práctica concreta y precisa, aunque empiezan a realizarse una serie de distinciones según el contexto e intención. En estos momentos aparece la distinción entre eutanasia activa y pasiva, directa e indirecta, voluntaria e involuntaria (y no voluntaria) basándose en la intención y la finalidad.

Estas distinciones vertebraron la reflexión moral durante tres siglos. Solo en la década de los 70 del pasado siglo XX empezaron a cuestionarse con seriedad. James Rachels publicó en 1975 un artículo en el que rechazaba que siempre sea peor «matar»

que «dejar morir». Thomas Sullivan le contestó con otro artículo, «Active and Passive Euthanasia: An Impertinent Distinction?». La diferencia reside en las intenciones que subyacen y las razones para actuar. Rachels y Sullivan escribieron sendos artículos de réplica más tarde. Aunque no siempre podemos valorar de la misma manera las intenciones en su relación con el acto, en la mayoría de los casos tienen mucha importancia. Sullivan subrayó que es necesario distinguir intención y previsión de consecuencias. Además, la prohibición de matar siempre integra la intencionalidad (no matar deliberadamente) y en la eutanasia activa se incluyen junto a la acción elementos contextuales, como el sufrimiento de la persona.

A finales de la década de los 80 y en los 90 se utilizaron una serie de neologismos para delimitar prácticas (Gafo, 1999, 44-50):

Cacotanasis: Eutanasia involuntaria (*kakós*, «malo»), sin petición del enfermo.

Distanasia: Mantenimiento técnico y abusivo de la vida biológica (prefijo griego *dís*, algo mal hecho), encarnizamiento terapéutico, prolongación penosa de la existencia.

Ortotanasis: Muerte correcta (*orthós*).

Criptotanasis: Realización encubierta de la eutanasia.

Adistanasis: Eutanasia pasiva.

Eutanasia activa directa: Acción positiva que pretende quitar únicamente la vida al enfermo (por ejemplo, con unas dosis de morfina).

Eutanasia activa indirecta: Administración, para paliar los dolores del enfermo, de calmantes, que pueden acelerar indirectamente su muerte. La acción positiva es aliviar los dolores, pero no ocasionarle la muerte. Se aplica el principio de doble efecto.

Eutanasia pasiva: Renuncia a acciones que podrían prolongar precariamente la vida del enfermo. Se intenta evitar la distanasis. Se trata de dejar morir.

El problema de este vocabulario es que gira todo en torno a la eutanasia y perdemos la capacidad de delimitar con claridad la eutanasia. Todo parece eutanasia. No sé si ayuda mucho llamar eutanasia pasiva a dejar morir en paz a una persona, a no instaurar medidas que prolonguen penosamente su existencia. Además, en este modelo necesitamos añadir diversas palabras para identificar una práctica. Es un planteamiento más centrado en distinguir conceptualmente un lenguaje fruto de una época muy influida por la filosofía analítica y por la casuística moral. En este trabajo, nosotros abandonamos esta manera de nombrar. La eutanasia, tal como la hemos definido en el primer capítulo, es la eutanasia activa directa. Pero nosotros hablaremos simplemente y claramente de eutanasia (y suicidio asistido).

Nuestra manera actual de entender los términos es la siguiente:

Eutanasia pasiva = Dejar morir en paz/Limitación/adecuación del esfuerzo

terapéutico

Cacotanasia = Homicidio/Asesinato

Distanasia = Obstinación terapéutica

Eutanasia indirecta = Sedación terminal

Eutanasia activa directa = Eutanasia

A finales del siglo XX se toma conciencia de los nuevos contextos del final de la vida y de que los cambios van mucho más allá de la mera adopción de determinadas prácticas. Es lo que abordaremos brevemente en el siguiente capítulo.

Cambios culturales en el bien morir

Nos encontramos en un mundo lleno de cambios que han afectado profundamente al vivir y al morir. El siglo XX, con sus dos guerras mundiales, los campos de concentración nazis, el Archipiélago Gulag, la muerte de un millón de personas en Ruanda y Burundi, la caída del muro de Berlín, ha cambiado nuestra alma respecto a la manera de considerar la vida y la muerte. El siglo pasado ha supuesto un profundo cambio en la concepción del anciano, en el peso de los ancianos en la sociedad, en los procesos y tiempos de morir, en los lugares y formas de muerte, en las actitudes ante la muerte, en las actitudes de los médicos ante el final de la vida, en la esperanza de vida, en la medicalización y juridificación del morir y, sobre todo, en la marginación de la muerte en la cultura contemporánea. Todos estos cambios influyen en el marco cultural y condicionan nuestras reflexiones en torno a la eutanasia. Pensar críticamente la eutanasia supone ser conscientes de nuestro marco cultural.

La eutanasia y el suicidio asistido no son un asunto marginal que pueda ser separado de otros como el envejecimiento, la vivencia de la muerte, el dolor, el sufrimiento, la escasez de recursos sociosanitarios, el cuidado y la solidaridad, la autonomía, la demencia, la dependencia y la libertad humanas. Estamos ante una cuestión profundamente humana, una cuestión de salud cultural y social, en la que no siempre somos adultos y equilibrados cuando el límite, la vulnerabilidad y la fragilidad llaman a la puerta.

1. Cambios en las actitudes ante los mayores

A los mayores ya no los llamamos viejos ni ancianos. Este cambio es fruto de una evolución de la mirada a los mayores a lo largo de la historia. En esta evolución podemos descubrir cuatro actitudes «generales» hacia los mayores que van a tener gran influencia en la forma de morir y en el debate sobre la eutanasia.

1. *Mundo primitivo*. De modo idílico se describía al anciano como depositario de conocimientos y tradiciones vitales. El mayor poseía el estatus de hombre sabio y

útil que es consultado y cuyas opiniones son acatadas, pues goza de una gran *auctoritas* en la familia y la sociedad. El llegar a vivir muchos años era una bendición de los dioses. *Casi cierta veneración en vida rodeaba a los ancianos por su memoria histórica y sabiduría. Los mayores llevaban una vida en contacto con la muerte y con los antepasados.* Estaban entre este mundo y el de los espíritus y eran modelos de serenidad en el paso del mundo de los hombres al mundo de los dioses y de los antepasados.

2. *Mundo grecorromano, medieval y renacentista.* La ancianidad tiene una consideración ambigua, pues se ensalza el valor de la juventud a la vez que se reconocen la disminución de las facultades físicas y la decadencia por las enfermedades que asolan la vejez. Los mayores, sin embargo, son respetados por las tradiciones y costumbres que guardan y representan, pero son ciudadanos de segunda. Se les respeta, pero muchos recalcan y sienten que son una carga y que son vidas «desgastadas» y, por eso, en ocasiones, son incluso objeto de burlas y desamparo. Desde su vida retirada, se les tiene en cuenta como modelos de experiencia (en la vida política, militar, profesional, etc.). Solo en momentos de enormes crisis (siglo XIV) por las pestes, masacres, guerras o epidemias en que muchos adultos y niños mueren, los ancianos dejan su vida retirada y vuelven a cobrar un protagonismo activo. *El anciano se prepara para morir, retirado, sereno, sin estruendos, débil y en contacto frecuente con la muerte.* Solo algunos –por su notable experiencia pública– son consultados en la privacidad de su vida serena y retirada y solo algunas veces y excepcionalmente pueden tener alguna relevancia pública –cuando no hay adultos que puedan encargarse responsablemente–.
3. *Industrialización y éxodo rural del siglo XIX.* La sociedad cambia y se valoran la eficiencia, la utilidad, la fuerza. Los mayores son apartados como personas inútiles, inactivas, inservibles, dependientes, necesitadas de cuidados. El anciano es un *ser inactivo y gravoso, con conocimientos obsoletos*, pero con derechos adquiridos y seguridad social. Los mayores ya no tienen vinculación con las enormes transformaciones y progresos de la vida pública. Representan las pasividades de la sociedad –las clases pasivas–, los que no contribuyen, los que reciben, los que restan. La muerte y el envejecimiento del mayor ocurren ya en el ámbito privado y no productivo. La muerte del mayor *es privatizada*.
4. *Segunda mitad del siglo XX.* La vejez empieza a vivirse como etapa de *autorrealización y autoafirmación, de creatividad y plenitud*, cuestionando la profunda vinculación de la ancianidad con la muerte. Los mayores, en cuanto tienen energía, salud, dinero y utilidad, son introducidos en las sociedades del bienestar y del consumo. La muerte se desvincula del ser mayor. *La muerte es negada en estos mayores plenos de vida, de recursos, de bienestar.* La muerte solo afecta a algunos mayores sin fortuna, sin salud, sin apoyos sociales, sin suerte; es decir, a muchos.

Este cambio de mentalidad se debe, en parte, al aumento de la esperanza de vida y el envejecimiento demográfico de nuestros países. Durante siglos la esperanza de vida no llegó a los treinta años debido a la mortalidad infantil, la muerte de las mujeres tras el parto o las enfermedades infecciosas. Solo hay que comparar las cifras de mayores de 65 y 80 años en España en distintos momentos del siglo XX para descubrir el fuerte cambio que se ha dado.

- ◆ 1900: 5,2%, 0,6%
- ◆ 1950: 7,2%, 1%
- ◆ 1970: 9,7%, 1,5%
- ◆ 1991: 13,8%, 3%
- ◆ 2000: 16,9%, 3,8%
- ◆ 2009: 16,7%, 4,7%
- ◆ 2018: 19,1%, 6,1%

En España había, el 1 de enero de 2018, 8 908 151 personas (un 19,1% del total) mayores de 65 años. El envejecimiento de la población causa retos médicos, económicos, sociales, políticos, éticos a la sociedad. No es tanto un problema como un estado al que debemos adaptarnos, pues es bueno que haya una población con gran esperanza de vida. Pero, sin duda, esto afecta a la reflexión sobre la eutanasia y el suicidio asistido y sobre el envejecimiento y a la consideración de los enfermos en la sociedad. Los mayores de 65 años representan el 43,3% de todas las altas hospitalarias y presentan estancias más largas que el resto de la población (2014). El 54,9% de todas las estancias hospitalarias son de personas mayores de 65 años. La muerte, por eso, hoy es *desplazada y aplazada*. La confianza en el poder de la medicina y de los fármacos, que han limitado enormemente las enfermedades infecciosas, ha hecho posible este cambio en el que la muerte siempre es vista como algo que ocurrirá, pero más tarde, pues muchas enfermedades son vencidas en los hospitales.

2. Cambios en las actitudes ante la muerte

Quizás sea este uno de los cambios más radicales de nuestra cultura. Los estudios realizados durante más de una década por Philip Ariès han mostrado cuatro principales actitudes a lo largo de la historia occidental con respecto a la muerte:

- ◆ Muerte amaestrada (hasta el siglo XII). La familiaridad con la muerte le quita en gran parte su fiereza y la hace un asunto natural. El ceremonial social, en el que participan parientes, niños, vecinos, hace de la muerte un asunto público. Todo es simple y sin dramatismo. Es aceptada como destino común y colectivo.
- ◆ Muerte propia (siglos XII-XVII). La aparición de la individualidad transforma la

muerte en problema propio, angustioso. La conciencia medieval ante el juicio particular tras el momento de la muerte hace que este paso se dé bajo un temor y temblor personales.

- ◆ Muerte ajena (hasta comienzos del siglo XX). Se insiste más en la muerte de seres queridos y en las ideas de separación, ausencia y soledad. Se muestra gran dramatismo, gesticulación, llanto. El duelo y el luto son ostentosos.
- ◆ Muerte prohibida (fin del siglo XX). La muerte se convierte en tabú y desaparece de la escena social. Es algo vergonzoso, se debe ocultar, no resulta conveniente hablar de ella. Menos dramatismo, menos visitas a cementerios. Sentimientos de fracaso y absurdo.

Estas cuatro actitudes se pueden poner en paralelo con las cuatro maneras de considerar a los ancianos y su vivencia de la muerte:

Muerte amaestrada-socializada: mayores intermediarios sociales ante los muertos.

Muerte propia-individual: mayores respetados pero retirados, preparados para morir.

Muerte ajena: mayores retirados e inactivos, muerte privatizada.

Muerte prohibida: mayores activos, muerte negada.

Culturalmente hoy la muerte es un tabú. La muerte es desplazada y, en parte, negada. Pero la vida es un claro proceso de envejecimiento considerándola desde muy diversos ámbitos.

- Cronológicamente, el implacable tiempo nos hace ir envejeciendo desde el nacimiento.
- Biológicamente, nuestros órganos y funciones van deteriorándose o desgastándose con los años.
- Psicológicamente, nuestros modos de pensar y capacidades, nuestra personalidad y afectos cambian.
- Socialmente, hay, en la mayoría de los casos, una pérdida del papel social y un aumento de las dependencias.
- Este proceso, además, es universal –alcanza a todos–, es intrínseco –genéticamente programado– y es imparable y progresivo –termina con la muerte–.

El deterioro es una realidad. La dificultad para respirar se agudiza, aparecen las limitaciones al caminar y para moverse con facilidad, se empieza a tener problemas de nutrición y excreción, la piel se seca y se agrieta, no siempre es uno capaz de vestirse y desvestirse, los problemas de sueño a veces visitan la noche, las palabras vienen tarde o no vienen a la memoria, las dificultades para expresarse son mayores, la capacidad de defenderse ante peligros y amenazas es menor, las posibilidades de divertirse y desarrollarse empiezan a restringirse, etc.

Pero esas mismas limitaciones y hechos objetivos son vividos, asumidos, integrados

por los diversos sujetos de muy diversa manera, dependiendo de su salud mental y percepción, de su autoestima, su autorrealización y desarrollo, de la integración de uno mismo. Por eso, hoy en día, el caminar hacia el final con ciertos condicionamientos ha hecho que las actitudes sean muy diversas, dependiendo del modo de asumirlas y vivirlas, de confrontarse con ellas y de cargar con ellas. El caminar hacia el final de la vida se muestra hoy, por ello, *profundamente plural*, pues hasta las mismas circunstancias pueden ser vividas de muy diversas maneras por los seres humanos. La actitud es más importante que los hechos. No podemos cambiar el pasado, pero sí somos responsables de nuestra actitud ante él. J. Martín Velasco afirma con razón: «No existe una única forma de envejecer, sino que esta dependerá de cómo la persona interprete y experimente los hechos relativamente azarosos que sucedan a lo largo de su ciclo vital y del tipo de afrontamiento que emplee para resolverlo [...] Nada nos exime de nuestra propia responsabilidad frente al envejecimiento: de cada uno depende en buena medida cómo sea su vejez» («Aprender a envejecer»: *Crítica* 936 [junio 2006], 35).

3. Cambios en las actitudes médicas al final de la vida

Hoy han cambiado las actitudes médicas en el final de la vida. Desde las propias limitaciones a la hora de afrontar la muerte (la mayoría saben manejar mejor lo técnico que la comunicación con los enfermos terminales) hasta la mayor conciencia de la limitación de los recursos sanitarios y la necesidad de rechazar tratamientos inútiles en una sociedad tecnificada, son muchos los cambios que se han dado. Lo importante es caer en la cuenta de cómo las actitudes médicas condicionan las formas de morir de los no médicos.

- ♦ Antigüedad: Los médicos hipocráticos se absténían de tratar enfermedades consideradas «mortales por necesidad natural». Cuando se diagnosticaba una enfermedad mortal, el médico se retiraba y dejaba que el enfermo se preparase para morir, se despidiera de sus allegados, familiares y amigos. Se buscaba morir en paz y se dejaba entrar al sacerdote, al rabino o a un acompañante espiritual. *La muerte ocurría, así, en un contexto familiar y espiritual.*
- ♦ Modernidad: Predomina el «imperativo tecnológico» de hacer todo lo posible siempre. Suelen aplicarse terapias agresivas, el encarnizamiento terapéutico. Se busca vencer la muerte, luchar contra la muerte, tener éxito desplazándola y alargando lo más posible la vida. *La muerte sucede, así, casi siempre en manos de los médicos.*
- ♦ Actualidad: Hoy se ha tomado conciencia de que no hay que hacer todo lo técnicamente posible. No todo lo que se puede hacer se debe hacer. El problema de los enfermos que solicitan tratamientos inútiles se empieza a solucionar con el concepto de futilidad (nace el concepto en 1989) y el de limitación/adecuación del esfuerzo terapéutico. Se va aprendiendo a poner límites a la tecnología. Hay un momento en el que hay que aceptar que ya no se puede curar pero sí se puede

cuidar integralmente a la persona para acompañarla el tiempo que queda hasta la muerte. *El discernimiento de las limitaciones de las tecnologías médicas, en un tiempo en que están ampliamente disponibles, hace que quede un tiempo en el que puedan entrar familiares, amigos, allegados.*

4. Cambios en la concepción de los procesos de morir

En la segunda mitad del siglo XX se han dado cambios en la comprensión del proceso de morir. Los enfermos terminales no son un monolito, una piedra, sino que tienen y atraviesan diversos momentos. Tienen diversas caras y sentimientos. Los estudios de la psiquiatra Elisabeth Kübler-Ross con pacientes terminales en el Billings Hospital de la Universidad de Chicago han demostrado que hay una serie de etapas o fases –ni lógicas ni universales ni implacables– por las que pasa el enfermo terminal que comienza a ver los ojos de la muerte (ni se dan todas las fases ni se dan en todos ni siempre en un mismo orden). El enfermo terminal está en el mundo, pero ya no pertenece del todo al mundo de los vivos, y por eso *se encuentra en una situación especial, con una vivencia específica y particular*. Esa vivencia tiene un «dinamismo procesual» que suele pasar por las siguientes etapas:

1. Negación y aislamiento: «No puede ser cierto, no me puede pasar esto a mí». Se buscan otros médicos, se recurre a curanderos. Rechazo de la verdad («¡No soy yo!»).
2. Ira-cólera: Rabia, queja, resentimiento, envidia de los sanos. «¿Por qué yo?». No tomar esta ira como algo personal («¿Por qué precisamente a mí?»). Reconocimiento de la verdad.
3. Pacto-regateo: Se hacen promesas (a Dios, a los santos, a la familia, al cónyuge) a cambio de aplazamientos. Se hacen tratos o acuerdos. A cambio de una buena conducta, se busca el premio de la prórroga de la muerte. No se suele comunicar más que a los muy allegados («Sí, soy yo..., pero si...»). Compromiso con la verdad.
4. Depresión: Reactiva por las pérdidas del pasado y preparatoria por las pérdidas que se avecinan. Predomina la sensación de pérdida, despedida, silencio («Sí, soy yo»). Abatimiento ante la verdad.
5. Aceptación: Tranquilidad relativa, con pocas palabras y sentimientos. Con la necesaria ayuda, muchos enfermos pueden llegar hasta aquí, pueden expresar y compartir sus sentimientos, soledades y temores, angustias y esperanzas (Sí, soy yo y estoy preparado). Reconciliación con la verdad.

Las etapas describen el interior de los enfermos moribundos desde una variedad y pluralidad de matices en las actitudes y sentimientos. Estas etapas nos ayudan a comprender que tenemos que acercarnos de modos muy diversos en el *con-tacto*, la escucha y la dedicación. Las etapas son, en gran parte, normales. Son mecanismos de defensa «normales» ante el duro golpe de la muerte. La realidad va avanzando e imponiéndose y derribando las diversas defensas. Pero las energías humanas y potencialidades humanas son mayores de lo que pensamos, pues avanzamos de etapa en etapa, buscamos cada vez defensas menos radicales y con facilidad los adultos pueden llegar a la aceptación.

Tres cosas, en fin, hemos aprendido, más allá de unas etapas que no acaban de atrapar una realidad mucho más profunda, viva y sorpresiva de lo que parece: la pluralidad de sentimientos y actitudes, la potencialidad de crecimiento y progreso en el

final de la vida y la singularidad de cada muerte.

5. Cambios en la forma de morir

Pero lo que es trascendental para nuestro tema es ser conscientes de los cambios en la forma de morir producidos y provocados por el progreso médico:

- ◆ Las enfermedades hoy son más crónicas y degenerativas.
- ◆ Hoy el proceso de morir es más largo (por la hidratación, la nutrición artificial y las técnicas de soporte vital).
- ◆ La muerte hoy llega tras múltiples intervenciones médicas (agotando posibilidades y en un proceso tecnificado –se muere conectado a sueros, sondas, aparatos–).
- ◆ La muerte transcurre en un entorno extraño y aislado: el 80% mueren en hospital, frecuentemente aislados de familiares y amigos.
- ◆ La mayoría, probablemente, moriremos poco conscientes y extenuados: agotándonos lentamente, perdiendo el conocimiento antes de morir lentamente, deteriorándose lentamente el riego y la respiración y entrando en un estado semicomatoso lentamente.
- ◆ Sin solemnidad ni ceremonias.

6. Desmontar los tópicos y prejuicios culturales

Estos cinco cambios son fundamentales para plantear adecuadamente el tema de la eutanasia y el suicidio asistido en nuestra cultura. Pero, junto a estos cambios, Torralba (2012, 185-200) propone acertadamente la deconstrucción de ciertos tópicos «culturales» que distorsionan el debate social y jurídico sobre la eutanasia:

1. Identificar la eutanasia con la muerte digna. Esto significaría que quien procurase crecer humanamente en el proceso de morir sin aplicación de la eutanasia no tendría una muerte digna. Pero la dignidad en el morir no se identifica simplemente con una «decisión de dar fin» a la propia vida, sino de «dar sentido» a la muerte.
2. Oponer las ideas de santidad y calidad de vida. Se presenta la sagrada como fruto de residuos religiosos todavía presentes en una sociedad, mientras que la defensa racional de la eutanasia se identifica con la calidad de vida. Pero quien defiende que la vida es santa vela para que esa vida tenga calidad. Por lo tanto, no son necesariamente opuestas.
3. Pensar que criticando la obstinación terapéutica se está defendiendo la eutanasia. Se confunde el dejar morir con la intervención directa que lleva a la muerte, que es la eutanasia. Pero, frente a la obstinación terapéutica (distanasía), la alternativa que existe es acompañar humanamente al paciente a vivir con sentido su proceso de muerte.

4. Afirmar que la ética secular defiende la eutanasia. El problema es que hoy existen distintas éticas seculares y religiosas. Algunas éticas seculares no defienden la eutanasia, como, por ejemplo, la ética de la responsabilidad de Hans Jonas. Algunas éticas religiosas, como la hinduista y la budista, no condenan la eutanasia tan tajantemente como las religiones monoteístas.
5. Afirmar que, para la ética religiosa, la vida tiene un valor absoluto. La verdad es que para las éticas religiosas la vida tiene un valor primario y fundamental, pero no absoluto. Para las éticas religiosas el único absoluto es Dios. La vida terrera es relativa y cabe perderla, entregarla y darla por otros valores, como la justicia, la fe, el amor a los hijos o los hermanos.
6. Defender que la libertad es el fundamento de la autonomía. El problema es que existen dudas sobre las condiciones de autodeterminación cuando se está cercano a la muerte. Se habla de una libertad en perspectiva individualista e independiente que niega la dimensión relacional de la vida (autonomía relacional). Pero es importante defender que se es autónomo asumiendo la vida y el proceso de muerte con sentido.
7. Defender que la eutanasia representa un progreso moral. Pero el verdadero progreso se desarrolla cuando se defienden los intereses de los más vulnerables de la sociedad. La vulnerabilidad del moribundo pide un acompañamiento solidario y lleno de cariño, y no un medio para terminar más rápido con su vida.

La muerte es siempre un momento difícil, pero se van dibujando en nuestra cultura los rasgos de una serie de actitudes y derechos que tienen las personas en el final, y que todos deseamos profundamente:

- Morir con respeto y humanidad.
- Saber la verdad de su situación, siendo informadas adecuadamente.
- Morir con el menor dolor posible y sin obstinación terapéutica.
- Recibir cuidados ordinarios para su bienestar físico y psicológico.
- Recordar el amor vivido y sentir los beneficios de una vida compartida.
- Recibir la visita de familiares, amigos...
- Aclarar sus relaciones y reconciliarse, expresar sus deseos, compartir sus sentimientos.
- Planear con familiares los cambios que su muerte impondrá a los que las rodean.
- Recibir asistencia religiosa si así se desea.

En este capítulo hemos dibujado los cambios que se han dado en el final de la vida en cuanto a la consideración de la muerte, de los mayores, de las formas de morir, de las actitudes de los médicos, etc. Hemos presentado algunos prejuicios culturales que dificultan un diálogo serio y hemos terminado describiendo lo que hoy es para la mayoría de los ciudadanos una muerte profundamente humana.

La eutanasia en el mundo

Como decía mi maestro, el jesuita biólogo Javier Gafo, una buena bioética comienza con unos buenos datos. En este tema, como en tantos, sobran convicciones fuertes e ideológicas y faltan reflexiones sobre los datos. Por eso este capítulo pretende ser una invitación a repensar los datos de la realidad. Los medios de comunicación a veces transmiten la impresión que la eutanasia y el suicidio asistido son una realidad presente en la legislación de muchos países.

Este capítulo aborda una descripción breve de los países donde están aprobados la eutanasia y el suicidio asistido y también de tres países de nuestro entorno, como son Francia, Alemania e Italia, donde hay otras opciones jurídicas y donde se ha optado por rechazar la eutanasia y el suicidio asistido. En otro libro hicimos, con la profesora Ana María Marcos y diversos especialistas, una reflexión profunda sobre la situación jurídica internacional (Marcos y De la Torre, 2019). En este libro solo presentaremos las líneas más básicas de la situación en cada país.

1. Holanda

«La despenalización de la eutanasia y el suicidio asistido producida en el año 2001 es el resultado de una larga evolución jurisprudencial» (Pinto, 2019, 77). Los tribunales fueron delimitando, desde el año 1973, una serie de criterios en torno al estado de necesidad para despenalizar las conductas tipificadas en los artículos 293 y 294 del Código Penal, que castigan la eutanasia y el suicidio asistido. El caso Postma (1973), el caso Wertheim (1981) y el caso Schoonheim (1984) abrieron el debate en la sociedad. El Informe Remmelink (1991), encuesta oficial y confidencial a los médicos, desveló que muchos médicos tomaron decisiones que aceleraban el final de la vida y que recibían cada año unas 9 000 peticiones de poner fin a la vida de pacientes. En 2 700 casos, el médico puso fin a la vida mediante medicación eutanásica.

Estos antecedentes jurisprudenciales y el Informe Remmelink llevaron a un tímido cambio legal mediante la reforma del 2 de diciembre de 1993 del artículo 10.1 de la Ley de Inhumación e Incineración de Cadáveres. Tras el desarrollo reglamentario, la norma

entró en vigor el 1 de junio de 1994, obligando al médico a informar al forense municipal de su participación en una muerte no natural producida por suicidio asistido, a petición del paciente o sin petición expresa. La ley no regula la eutanasia, sino un procedimiento administrativo de información sobre su práctica. «En 1994 el Tribunal Supremo falló el conocido caso Chabot, que analizó por primera vez el sufrimiento psicológico como causa de justificación de la eutanasia» (Pinto, 2019, 80). Tras más de un año de tramitación parlamentaria, se aprueba la Ley, de 28 de noviembre de 2000, de Verificación de la Terminación de la Vida a Petición Propia y Auxilio al Suicidio, que entró en vigor el día 1 de abril de 2002. Dicha ley modifica los artículos 293 y 294 del Código Penal para establecer una excusa absolutoria cuando la eutanasia o el suicidio asistido fueran practicados por un médico cumpliendo determinados requisitos de cuidado:

1. El médico debe tener la convicción que la petición del paciente es voluntaria y ha sido debidamente meditada.
2. El médico ha llegado al convencimiento de que el padecimiento del paciente es insoportable y sin esperanza de mejoría.
3. El médico debe haber informado al paciente de la situación en la que se encuentra y de sus perspectivas de futuro.
4. El médico ha llegado al convencimiento, junto al paciente, de que no existe ninguna otra solución razonable para la situación en la que se encuentra este último.
5. El médico ha consultado, al menos, con otro médico independiente que ha visto al paciente y ha emitido un dictamen por escrito sobre el cumplimiento de los requisitos de cuidado.
6. El médico ha llevado la terminación de la vida o el auxilio al suicidio con el máximo cuidado y esmero profesional (Pinto, 2019, 83-84).

En el año 2002 se formula el Protocolo de Groninga sobre la eutanasia para recién nacidos (basado en un acuerdo existente entre la clínica universitaria de Groninga y las autoridades judiciales) y se extiende la posibilidad de eutanasia incluso en niños de menos de 12 años. Aquí los adultos valoran la situación y el sufrimiento de los niños. Los requisitos son:

1. Diagnóstico y pronóstico deben ser seguros.
2. Debe estarse en presencia de sufrimiento insoportable y desesperado.
3. El diagnóstico, el pronóstico y el sufrimiento insoportable deben ser confirmados por, al menos, un médico independiente.
4. Ambos progenitores deben proporcionar su consentimiento informado.
5. El procedimiento debe llevarse a cabo según los estándares aceptados por la profesión médica.

Este protocolo cuestiona un fundamento que fue clave durante muchos años en Holanda: la vinculación profunda entre voluntariedad y eutanasia. En estos contextos se admite que otros decidan por uno.

En el año 2016 se practicaron 6 091 casos de eutanasia y suicidio asistido. Esto supone en torno al 4 % de las muertes de ese año. 4 137 fueron casos de cáncer. En torno al 1 % son por sufrimiento psicológico (67 en 2018). 3 casos de eutanasia en menores en

2018. El tema de la pendiente resbaladiza (del sufrimiento físico al psicológico, existencial, psiquiátrico), el control a posteriori, que no deba formularse por escrito la petición, la ausencia de ninguna persecución por vía penal a ningún médico y la amplia discrecionalidad de la valoración del sufrimiento por el médico son algunos de los puntos críticos del modelo holandés.

Un caso muy reciente para pensar.

Noa Pothoven, adolescente de 17 años, puso fin a su vida el domingo 2 de junio de 2019. No murió por eutanasia ni por suicidio asistido, en un país donde ambas figuras son legales. Noa sufría problemas psicológicos derivados de las agresiones sexuales que sufrió entre los 11 y los 14 años. Sufrió dos episodios de abuso sexual y violación que nunca denunció. Sufría anorexia. A pesar de sus problemas mentales escribió un libro donde narró su historia. Noa pidió ayuda a una clínica privada de La Haya (Levenseindekliniek) donde se hacen la mayoría de las eutanasias por problemas mentales (1 % del total de las eutanasias en esa clínica). La clínica la rechazó, y el equipo médico, tal como reconoció Noa en una entrevista, le señaló que no sería candidata hasta que cumpliera los 21 años. Lo que sí parece que ocurrió debido a los diversos ingresos psiquiátricos de Noa y a sus diversos intentos de suicidio es que se accedió a que tuviera una cama de hospital en su casa donde sus padres la cuidarían. Noa dejó de comer y de beber y, al parecer, murió atendida por un equipo de cuidados paliativos.

A pesar de ello son ya varios los casos en Holanda de personas adultas que son incapaces de recuperarse de heridas psicológicas provocadas por abusos sexuales (normalmente en la infancia) y que padecen un fortísimo estrés postraumático. Los médicos psiquiatras que los han tratado han dado su visto bueno para cumplir su deseo de morir y evitar sufrimiento.

2. Bélgica

El cambio comienza en 1999, cuando se produce un cambio político hacia un Gobierno multicolor. El año siguiente, además, se publica un estudio que evidencia una amplia práctica clandestina por parte de los médicos flamencos. Todo esto llevó a la aprobación el 16 de mayo de 2002 de la ley relativa a la eutanasia. Los requisitos para cumplir la petición son:

1. Ser personas capaces, mayores de edad o menores emancipados (16 años).
2. Con pronóstico de enfermedad irreversible, que padeczan un sufrimiento físico o psíquico insoportable o una enfermedad grave incurable.
3. La petición debe ser voluntaria, meditada y reiterada.
4. La petición debe ser realizada de forma escrita. La petición puede haberse redactado y autentificado antes en previsión de futuras condiciones de incapacidad.
5. El médico debe informar al paciente de su estado de salud y su esperanza de vida y plantear las posibilidades terapéuticas que pueda haber y las posibilidades que ofrecen los cuidados paliativos.
6. La convicción de que la eutanasia es la única solución razonable en la situación del paciente debe ser una conclusión de médico y paciente.
7. El paciente puede revocar la petición en cualquier momento.

Los casos de eutanasia deben ser notificados por los médicos a la Comisión Federal de Control y Evaluación, la cual los revisará en el plazo de cuatro días hábiles. Es un sistema de fiscalización más de tipo profesional que jurídico. Las solicitudes han crecido exponencialmente: 234 en 2003, 953 en 2010, 1807 en 2014 y más de 2 200 en 2017. El 13 de febrero de 2014 se legaliza la práctica de la eutanasia infantil sin límite de edad

para casos de sufrimiento físico, constante e insoportable de los menores con enfermedades incurables. La decisión debe ser apoyada por sus padres o representantes legales, que tienen derecho a voto.

3. Luxemburgo

La ley de 16 de marzo de 2009, sobre la eutanasia y el suicidio asistido, convirtió a este país en el tercero en legalizar la eutanasia, tras Holanda y Bélgica. Desde 2009 hasta 2016 han sido registrados 52 casos de muerte asistida (43 de cáncer, 7 de enfermedades degenerativas). El artículo 2 de la ley señala que no hay sanción penal cuando el médico responde a una solicitud de eutanasia o suicidio asistido con las siguientes condiciones:

-
1. El paciente es capaz y está consciente en el momento de su solicitud.
 2. La solicitud se formula voluntariamente, se refleja y, cuando corresponde, se repite, y no es consecuencia de la presión externa.
 3. El paciente se encuentra en una situación médica sin salida e informa de un sufrimiento físico o psicológico constante e insoportable, sin perspectivas de mejora como resultado de una condición accidental o patológica.
 4. La solicitud del paciente de eutanasia o suicidio asistido se registra por escrito.
-

4. Canadá

A partir de 2015 se han despenalizado tanto la eutanasia como el suicidio asistido. La aprobación de una ley sobre cuidados al final de la vida por la Asamblea Nacional de la provincia de Quebec, donde se regularon algunos supuestos legales de eutanasia activa en una persona aquejada por una enfermedad grave e incurable al final de su vida, fue lo que impulsó en gran parte el cambio. El Tribunal Supremo también revisó la anterior jurisprudencia en materia de suicidio asistido en febrero de 2015. El Parlamento decidió despenalizar la eutanasia y el suicidio asistido en junio de 2016 mediante la Ley de Asistencia Médica para Morir. La ley señala una serie de requisitos para cumplir la petición:

-
1. Que el solicitante tenga derecho a recibir servicios de salud financiados por el Estado de Canadá.
 2. Que el solicitante tenga más de 18 años y goce de plena capacidad para tomar decisiones sobre su salud.
 3. Que el solicitante sufra problemas de salud graves e irreversibles. Para ello deben cumplirse todos y cada uno de los siguientes requisitos:
 - a. Que el solicitante sufra una enfermedad, una afección o un hándicap grave e incurable.
 - b. Que su situación médica conlleve una disminución avanzada e irreversible de sus capacidades.
 - c. Que su enfermedad, afección o hándicap o la disminución de sus capacidades le cause sufrimientos físicos o psicológicos persistentes que le son insoportables y no pueden ser aliviados de forma que el paciente considere aceptable.
 - d. Que la muerte natural del paciente se haya tornado razonablemente previsible a la vista de su situación médica, sin que sea necesario, sin embargo, un pronóstico específico sobre su esperanza de vida.
 4. Que la solicitud de la ayuda médica a morir se efectúe de forma voluntaria y sin ningún tipo de presión externa.
 5. Que el solicitante consienta de manera informada a verse sometido a la ayuda médica a morir, después de
-

- haber sido informado de otros medios disponibles para aliviar su sufrimiento, especialmente de la posibilidad de recibir cuidados paliativos.
6. Que la solicitud se haya realizado por escrito, datada y firmada, delante de dos testigos independientes.
 7. La solicitud puede retirarse en cualquier momento y por cualquier medio.

Los datos oficiales refieren 3 714 fallecidos en un año y tres meses (2 704 en 2017).

Un caso que ha reavivado el debate en el país ha sido el de Audrey Parker, maquilladora de televisión, que sufrió un cáncer de pecho que se le había extendido a los huesos y al cerebro. Realizó la petición y fue admitida, pero, puesto que la ley establece que la persona ha de estar lúcida, en pleno uso de sus facultades mentales, en el momento de la muerte, ante el temor de que los efectos del cáncer y la medicación pudieran quitarle la lucidez y la posibilidad de morir decidió adelantar, con enorme pesar, su decisión. Murió en su casa asistida por una enfermera, familiares y amigos el 1 de noviembre de 2018 a los 57 años.

5. Colombia

Ya en 1997, por la sentencia C-329 de la Corte Constitucional, se despenaliza el homicidio por piedad en pacientes terminales, bajo intenso dolor y sufrimiento y realizado por un médico («se encuentra en una situación tal de sufrimiento que la muerte puede ser vista como un acto de compasión y misericordia»). Varias sentencias de la Corte Suprema de 2017 y 2018 establecen criterios para su aplicación en niños, niñas y adolescentes. Desde 2015 hasta noviembre de 2018, oficialmente se han practicado 37 eutanasias (aunque algún médico ha afirmado que ha realizado más de 300), la mayoría en casos de pacientes con cáncer terminal.

6. Suiza

La realidad del suicidio asistido en Suiza se fundamenta en el protagonismo de las cinco organizaciones que se encargan de promover y defender el derecho a la muerte (Exit, Dignitas, Lifecircle, ExInternational). El art. 115 del Código Penal señala que la asistencia al suicidio es legal, salvo que exista motivación egoísta o lucro económico obtenido con la muerte del suicida. La criminalidad está determinada por la intencionalidad. Solo es punible si hay motivación egoísta. Por este motivo, los colaboradores o asistentes al suicidio son voluntarios de estas asociaciones. Por eso las asociaciones se constituyen como organizaciones sin ánimo de lucro. Por eso las cuotas abonadas por las personas a las asociaciones se basan en los costes existentes a lo largo del proceso. No se requiere la presencia del médico (único país del mundo en que es así) ni que el paciente esté en estado terminal. El médico solo evalúa la capacidad y receta la droga letal. Detrás de esta legislación está la consideración del suicidio como un posible acto racional. El artículo 114, por el contrario, prohíbe la eutanasia.

El Tribunal Supremo Federal de Suiza reconoce el derecho de la persona a buscar ayuda para suicidarse, siempre que sea consciente de lo que hace (tenga suficiente juicio), lo haga tras una reflexión seria, sea fruto de una inquietud persistente y duradera

y sea capaz de terminar con su vida por su propia mano. Las personas con enfermedades psíquicas lo pueden hacer siempre que tengan capacidad para conocer y querer el suicidio. Las personas con enfermedades degenerativas que afectan al desarrollo cognitivo solo pueden solicitarlo en los estadios iniciales, antes de que su capacidad para conocer y querer se vea menguada por el avance de la enfermedad. La Oficina Federal de Estadística de Suiza publicó en octubre de 2016 las estadísticas correspondientes al año 2014, señalando que hubo 742 casos de suicidio asistido de residentes en Suiza. Alrededor del 25 % de los que acceden no padecen una enfermedad terminal. Las asociaciones Dignitas y Lifecircle aceptan a ciudadanos extranjeros que quieran suicidarse y cumplan los requisitos legales. Más del 90 % de las 2 550 personas que han requerido los servicios de Dignitas desde su fundación hasta finales de 2 017 son extranjeros, mayoritariamente alemanes (45 %), británicos y franceses.

7. Estados Unidos

Oregón fue el primer estado que aprobó una ley que permitía el auxilio al suicidio en 1998. Los criterios de aplicación son los siguientes:

-
1. Situación de terminalidad (seis meses de esperanza de vida).
 2. Se debe actuar de modo voluntario. Es una muerte autoadministrada.
 3. El medicamento solo puede ser prescrito si queda acreditado médicaamente que el paciente no sufre ningún trastorno psiquiátrico o psicológico o depresión (si hay dudas se debe consultar a un psiquiatra o psicólogo).
 4. El paciente tiene que ser mayor de edad (mayor de 18) y capaz.
 5. Puede retirar su solicitud en cualquier momento.
 6. La solicitud debe hacerse por escrito delante de dos testigos, uno de los cuales debe ser un pariente cercano o heredero o tener algún vínculo con la institución donde el paciente vive o recibe tratamiento.
 7. El medicamento no puede ser prescrito hasta haber transcurrido 48 horas desde la solicitud escrita. El paciente debe reiterar su petición oralmente.
-

En 2016 se prescribieron 204 recetas, y 133 pacientes murieron por muerte asistida. El modelo se ha implementado en los estados de Washington (192 muertes en 2016), Vermont, Colorado, Montana, California (111 muertes en 2016) y Hawái sin diferencias sustanciales. Se han celebrado referéndum con resultado negativo en otros estados, como Massachusetts, Maine, Iowa y Michigan. En Ohio también se presentó una proposición de ley, pero fue rechazada por una mayoría de 78 a 22 votos poco antes de plantearse en Oregón.

8. Australia

En 1995, el Territorio del Norte, una de las divisiones que conforman el país, aprobó introducir en su jurisprudencia la muerte asistida. Fue el primero en el mundo en adherirse a esta práctica. Sin embargo, poco después, en 1997, el Gobierno Federal promulgó una legislación para anular esta ley en el Territorio del Norte.

Más de veinte años después, el estado australiano de Victoria ha aprobado la legalización de la eutanasia y el suicidio asistido. El Parlamento del Estado de Victoria aprobó en octubre de 2017 la Ley de Muerte Asistida Voluntaria nro. 61 de 2017, que permite a los enfermos terminales solicitar la muerte asistida a través de la ingestión de medicamentos que la induzcan. La ley entró en vigor el 19 de junio de 2019. La ley regula con detalle el procedimiento (primera solicitud, primera y segunda evaluaciones, declaración escrita, solicitud final). La ley regula tanto la solicitud de un permiso de autoadministración (art. 47) como la solicitud de permiso de administración por un médico en caso de que el solicitante esté físicamente incapacitado y tenga capacidad de decisión con relación a la muerte voluntaria asistida (art. 48). A partir de ahora, conforme al artículo 9, quedan estipulados en la ley los requisitos para el acceso a la muerte voluntaria asistida:

-
- a) Ser mayor de 18 años; y
 - b) Además: i) ser ciudadano australiano o disponer de residencia permanente; y ii) residir habitualmente en Victoria; y iii) en el momento de realizar la primera petición, haber residido habitualmente en Victoria en los últimos 12 meses; y
 - c) Tener capacidad de tomar decisiones en relación con la muerte voluntaria asistida; y
 - d) Haberle sido diagnosticada una enfermedad, enfermedad o cuadro médico i) incurable; y ii) avanzado, progresivo y que causará la muerte; y iii) con una esperanza de vida de semanas o meses, sin exceder los 6 meses; y iv) que le cause un sufrimiento que no puede ser aliviado de un modo que la persona considere aceptable.
-

La ley deja claro que no se puede acceder a la muerte voluntaria asistida por el solo hecho de haber sido diagnosticada una enfermedad mental (Ley de Salud Mental de 2014) ni por el solo hecho de tener una discapacidad (Ley de Discapacidad de 2006). Si se tiene una enfermedad neurodegenerativa, la esperanza de vida deberá ser siempre inferior a los doce meses.

Los enfermos terminales con menos de doce meses de esperanza de vida podrán solicitar una dosis de medicación letal. En caso de que el paciente no se encuentre dispuesto o no tenga la suficiente fuerza para hacerlo por sí mismo, podrá solicitar la asistencia de un médico que le facilite la labor. La ley estipula que los pacientes recibirán la droga en un plazo de diez días tras superar dos chequeos médicos independientes.

9. Modelos legislativos que rechazan la eutanasia

Hay una serie de países de nuestro entorno que claramente han rechazado la eutanasia y el suicidio asistido. Nos fijaremos en tres modelos.

9.1. Francia

Diversas leyes entre 1999 y 2005 prohibieron la eutanasia y el suicidio asistido, a la vez

que reconocían el derecho a los cuidados paliativos y a morir sin dolor. Estas leyes pusieron en marcha un plan de desarrollo de los cuidados paliativos y reafirmaron el derecho a rechazar los tratamientos que se consideraban desproporcionados e inútiles. Diversos casos, como el de Vincent Lambert (retirada de hidratación y nutrición a una persona con estado de conciencia mínimo) reabrieron el debate. También influyó la incompetencia del Gobierno para implementar un sistema de cuidados paliativos que llegara a todos (solo llegaba al 20 % de los solicitantes). En 2016 se realiza una importante reforma por la ley nro. 2016-87, del 2 de febrero, por la que se crean nuevos derechos para pacientes y personal al final de la vida.

Se refuerza el deber de información, especialmente con los cuidados paliativos; el derecho del paciente a renunciar a un tratamiento, incluso cuando suponga un serio peligro para su vida; se refuerzan las directivas anticipadas estableciendo su carácter vinculante y obligatorio, la sedación profunda y continua bajo ciertas circunstancias, la no obligación para los médicos de continuar tratamientos cuando pudiera resultar una obstinación irracional o los tratamientos pudieran ser inútiles o desproporcionados, la posibilidad de suspender la nutrición e hidratación. Además, se configuran dos nuevos derechos: el derecho a no sufrir y el derecho a la sedación profunda y continua (en afección grave e incurable, con pronóstico vital comprometido a corto plazo, cuando exista un sufrimiento refractario al tratamiento) (Díez, 2019).

9.2. Alemania

El Código Penal alemán no castiga el suicidio, la tentativa de suicidio, la participación en suicidio ajeno ni la inducción al suicidio. Sin embargo, bajo determinadas circunstancias, sí podría actualmente perseguirse la participación en el suicidio ajeno, incluso por omisión, cuando el responsable ostentara una posición de garante sobre la víctima. Este es un tema complejo, pero la posición mayoritaria es que la participación en la muerte ajena debe ser considerada una ayuda al suicidio penalmente irrelevante cuando la víctima tiene durante todo el proceso el dominio del hecho, es decir, controla el cómo y el cuándo de su muerte y la lleva a cabo por sus propios medios. Después de un tiempo de falta de claridad con respecto a la prescripción por un médico de una sustancia potencialmente mortal, a sabiendas de que sería empleada por el paciente para quitarse la vida (art. 5 de la Ley de Estupefacientes), la sentencia del Tribunal Federal Administrativo del 2 de marzo de 2017, reconociendo que la compra de un estupefaciente con objeto de cometer un suicidio está prohibida con carácter general (apartados 14-17), el derecho a la libre autonomía del paciente incluye el decidir cómo y en qué momento debe terminar su vida, siempre que sea libre de formar su voluntad y actuar en consecuencia (apartado 23) y cuando el paciente tiene una enfermedad grave e incurable y se encuentra en situación de «emergencia extrema» (apartados 31 y 32) asociada a sufrimiento grave, dolor intenso, sufrimiento insoportable que no puede ser suficientemente atenuado y no existe otra posibilidad razonable para realizar su deseo de morir.

En el año 2015 se modifica el Código Penal para introducir un nuevo delito en el art. 217 tipificando la facilitación o el fomento «comercial-repetido» del suicidio, con una exención expresa de aquellos que no lo realicen de forma comercial-repetida y sean familiares o personas cercanas a víctima. El rechazo de lo comercial hace referencia indirecta a las sociedades que promueven el suicidio. El rechazo de lo repetido se refiere a los profesionales de la medicina que no actúan generalmente con ánimo comercial pero llevan a cabo su actuación de forma repetida. El Comité Nacional de Ética, en una recomendación de junio de 2017, señala que la elección de querer acabar con la propia vida apunta a una situación «individual y excepcional» en la que las respuestas orientadas hacia la vida ya no se ven. En el contexto de una enfermedad grave e incurable, los pensamientos suicidas se imponen a menudo y no se basan en deliberaciones reflexivas o equilibradas. En muchas condiciones no se alivian con un cuidado paliativo y apoyo óptimos y se pueden explicar los deseos de suicidio. En muchos casos, el deseo de poner fin a una situación «subjetivamente desmedida e irreversible», que ya no puede ser aliviada por otras medidas, está en estrecha relación con la atención y el apoyo disponibles en el caso individual (terapia del dolor, rehabilitación, psicoterapia) (Montalvo y Sánchez, 2019).

9.3. *Italia*

El modelo italiano de final de la vida está influido por las sentencias de los casos Englano y Piludo, la ley nro. 219/2017 sobre consentimiento informado y disposiciones anticipadas de tratamiento. El sistema italiano es un ordenamiento de tendencia impositiva donde se reconoce el derecho a rechazar los tratamientos sanitarios, pero sin acompañarlo de una tutela de la autodeterminación individual y sin llegar a reconocer el control total de la persona sobre las fases finales de la vida: el derecho al rechazo de terapias de soporte vital coexiste con la sanción penal del homicidio por piedad (art. 579 del Código Penal) y de la asistencia al suicidio (art. 580). El sistema italiano ha construido una serie de herramientas de protección de los derechos fundamentales al final de la vida: derecho de consentimiento y rechazo, terapia del dolor, disposiciones de tratamiento anticipado y planificación compartida de la atención.

10. Algunas reflexiones

De los seis países en los que la eutanasia es legal, solo tres son numéricamente relevantes: Holanda (6 091 en 2016), Bélgica (2 021 en 2015) y Canadá (2 704 en 2017). La terminalidad requerida en Colombia (y en el estado australiano de Victoria) y la escasa población de Luxemburgo hacen que en el conjunto no sean relevantes numéricamente.

En el suicidio asistido son relevantes los seis estados norteamericanos y Suiza, con unos 1 000 casos anuales cada uno. El suicidio asistido es prácticamente irrelevante en

los países donde se practica legalmente la eutanasia, como son Holanda, Canadá y Luxemburgo, con menos del 10 % de los casos.

La mitad de las muertes por eutanasia y suicidio asistido del mundo se producen en Holanda, un sexto en Bélgica y otro sexto en Canadá.

Ante esta realidad se levantan varias cuestiones críticas que es preciso pensar en profundidad:

1. El tema de la información dada al paciente y de las alternativas; sobre todo, de los cuidados paliativos. ¿Cómo se resuelve? ¿Es un mero procedimiento? ¿Se le abren alternativas viables al enfermo?
2. El tema de la voluntariedad y la situación psíquica del paciente. ¿Qué implica en algunos países? ¿Cuáles son los criterios para su evaluación? Las fluctuaciones de la voluntad y la depresión son frecuentes tras determinados diagnósticos (cáncer, demencia, etc.). La derivación a los especialistas ¿es un mero trámite o una evaluación en profundidad? ¿Se apuesta por terapias antidepresivas en situaciones complejas, como son el cáncer, la esclerosis múltiple, etc., o se deriva a remedios sencillos y rápidos, como son la eutanasia y el suicidio asistido? ¿Qué implica la posibilidad de planificar la muerte con anterioridad y no tener que confirmar en el momento de la muerte (sobre todo en casos donde se diagnostica una demencia)?
3. El tema de los consensos necesarios. Muchos cambios legislativos se dieron en épocas de necesidad de Gobiernos de coalición (Bélgica, Canadá). ¿Puede ser este un tema sometido al juego de las mayorías?
4. La gran diferencia entre su aplicación en enfermos terminales y en enfermos no terminales. Es muy relevante que, en la mayoría de los países, más del 70 % de los que piden la eutanasia y el suicidio asistido sean enfermos de cáncer. En el contexto de enfermedades degenerativas y demencias se plantea siempre una ampliación más allá de la terminalidad (ej., recientemente en el estado de Victoria, en Australia).
5. La aprobación tiene lugar en algunos países de Europa –no los más extensos ni poblados– y en Norteamérica (con la excepción de Colombia). No se plantea ni en Asia ni en África. ¿Hay alguna clave cultural relevante? ¿Son estos países símbolo de una cultura liberal individualista?

La eutanasia en España

En España estamos en pleno debate sobre la eutanasia. Querría exponer en este capítulo una breve descripción de la situación en los últimos veinticinco años y los cambios ocurridos que han hecho que el debate político hoy sea distinto. Esto supone realizar un poco de sociología política y cultural.

1. Nivel normativo

El Código Penal español actual (1995) recoge en su artículo 143.4 la tipificación de la eutanasia: «*El que causare o cooperare / activamente/ con actos necesarios y directos a la muerte de otro, / por la petición expresa, seria e inequívoca de este / en el caso de que la víctima sufriera una enfermedad grave que conduciría necesariamente a su muerte o que produjera graves padecimientos permanentes y difíciles de soportar, será castigado con una pena inferior en uno o dos grados*». De dicho artículo llaman la atención jurídicamente varias cuestiones:

- ◆ *Sujeto activo*: Se tipifica como delito común. No se hace referencia al profesional sanitario.
- ◆ *Sujeto pasivo*: Enfermedad grave o con padecimientos permanentes o insoportables.
- ◆ *Consentimiento*: Libre, informado, sin vicios de voluntad.
- ◆ *Pena*: Irrelevante respecto al bien jurídico protegido. Pena muy baja, que puede estar sometida a la suspensión condicional. Si es primer delito, probablemente el condenado no entre en prisión.

En esta breve presentación también hay que presentar las iniciativas legislativas más importantes de este siglo XXI. La primera es la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica. Esta ley fue una gran aportación en nuestro país. Situó en el centro de la relación médico-paciente el consentimiento informado con lo que supone de derecho a la verdad, participación en la toma de

decisiones (por ejemplo, en sedación paliativa o en la adecuación o limitación de medidas terapéuticas) y derecho a rechazar tratamientos o a retirar el consentimiento otorgado. La ley apuesta por el valor de las instrucciones previas y dar valor ético y legal a la historia clínica, como lugar adecuado para registrar lo acontecido en el final de la vida. En su artículo 11 se regulan las instrucciones previas. En el art. 11.3 se afirma con claridad: «No serán aplicadas las instrucciones previas contrarias al ordenamiento jurídico, a la “lex artis”, ni las que no se correspondan con el supuesto de hecho que el interesado haya previsto en el momento de manifestarlas. En la historia clínica del paciente quedará constancia razonada de las anotaciones relacionadas con estas previsiones». Por lo tanto, no tienen ninguna validez aquellas instrucciones previas donde se recoja la petición de eutanasia o el suicidio asistido.

En la actualidad tanto la profesión médica como la enfermería rechazan en sus códigos deontológicos esta práctica y dan ciertas orientaciones deontológicas sobre lo que se consideran deberes ineludibles de estos profesionales respecto al final de la vida.

Código de Deontología Médica (2011), art. 36:

- «1. *El médico tiene el deber de intentar la curación o mejoría del paciente* siempre que sea posible. Cuando ya no lo sea, permanece la obligación de aplicar las medidas adecuadas para conseguir su bienestar, aun cuando de ello pudiera derivarse un acortamiento de la vida.
 - 2. *El médico no deberá emprender o continuar acciones diagnósticas* o terapéuticas sin esperanza de beneficios para el enfermo, inútiles u obstinadas. Ha de tener en cuenta la voluntad explícita del paciente a rechazar dicho tratamiento para prolongar su vida. Cuando su estado no le permita tomar decisiones, tendrá en consideración y valorará las indicaciones anteriormente hechas y la opinión de las personas vinculadas responsables.
 - 3. *El médico nunca provocará intencionadamente la muerte* de ningún paciente, ni siquiera en caso de petición expresa por parte de este.
 - 4. *El médico está obligado a atender las peticiones del paciente* reflejadas en el documento de voluntades anticipadas, a no ser que vayan contra la buena práctica médica.
 - 5. *La sedación en la agonía es científica y éticamente correcta solo cuando* existen síntomas refractarios a los recursos terapéuticos disponibles y se dispone del consentimiento del paciente implícito, explícito o delegado.
 - 6. *Aunque el médico que haya tenido la mayor carga asistencial* sobre el paciente es el que tiene la mayor responsabilidad ética de cumplimentar el certificado de defunción en todos sus apartados, no es deontológicamente aceptable rehuir el compromiso de certificarla cuando se produce si se ha presenciado la misma, se conoce al paciente o se tiene a disposición la historia clínica».
-

Código Deontológico de la Enfermería (1989, revisado en 2003):

«Artículo 16. En su comportamiento profesional, la Enfermera/o tendrá presente que la vida es un derecho fundamental del ser humano y por tanto deberá evitar realizar acciones conducentes a su menoscabo o que conduzcan a su destrucción.

Artículo 17. La Enfermera/o no podrá participar en investigaciones científicas o en tratamientos experimentales, en pacientes que estén a su cuidado, si previamente no se hubiera obtenido de ellos, o de sus familiares o responsables, el correspondiente consentimiento libre e informado.

Artículo 18. Ante un enfermo terminal, la Enfermera/o, consciente de la alta calidad profesional de los cuidados paliativos, se esforzará por prestarle hasta el final de su vida, con competencia y compasión, los cuidados necesarios para aliviar sus sufrimientos. También proporcionará a la familia la ayuda necesaria para que puedan afrontar la muerte, cuando esta ya no pueda evitarse».

2. Cambio de actitudes en los profesionales de la salud y en la población. Nivel sociológico

A pesar de mantenerse en los códigos profesionales el rechazo a la eutanasia y el suicidio asistido, en estos veinticinco años se ha dado un cambio de opinión de muchos profesionales, al menos en algunos contextos. Las encuestas en este tema dependen mucho de los intereses de la investigación, de las preguntas realizadas y, como vimos en el primer capítulo, de lo que se entiende por eutanasia.

- ◆ Encuesta del CSIC (abril-mayo 2002) sobre las actitudes y opiniones de los médicos ante la eutanasia. Pregunta 9: Un paciente que sufre una enfermedad incurable y dolorosa y está cerca de la muerte le pide al médico que acelere la muerte. En su opinión, ¿la ley debería permitir...? Que el médico proporcionase una dosis letal de fármaco al paciente para que el mismo pueda acabar con su vida: 21,5 %. Que el propio médico administrase al paciente una dosis letal de fármaco: 21,6 %. Ninguna de las dos cosas: 50,7 % (1057 médicos).
- ◆ Encuesta a enfermeras en Asturias: ¿Cree que la ley debería permitir a los profesionales poner fin a vida y sufrimiento en enfermedad en fase terminal y si lo solicita?: 45,33 % «Sí, con toda seguridad» y 34,63 % «Creo que sí, pero no estoy seguro». Suicidio asistido: 34,44 % y 35,41 %. ¿Debería regularse por ley la eutanasia?: 62,65 % y 25,1 %. ¿Y el suicidio médicaamente asistido?: 34,24 % y 27,82 % (Cornejo y otros, «Las enfermeras comunitarias ante el derecho a morir dignamente»: *Enfermería Comunitaria* 2, 4 [otoño 2014], 6-20).
- ◆ Encuesta a profesionales en general en Ciudad Real (2012): 79,9 % a favor de la eutanasia (Muñoz Camargo y otros, «Limitación del esfuerzo terapéutico: Opinión de los profesionales»: *Enfermería Intensiva* 23, 3 [jul.-sept. 2012], 101-152).

Estos datos, sin embargo, hay que enmarcarlos en la confusión terminológica sobre el concepto de eutanasia incluso entre los médicos españoles (M. Gómez Sancho y otros, «Investigación cualitativa sobre el concepto de eutanasia entre médicos españoles»: *Revista de Calidad Asistencial* 31, 1 [2016], 18-26) y entre los profesionales de la salud. Sigue perviviendo el concepto de «eutanasia pasiva». Se confunde en muchas ocasiones con la activa, que para nosotros, como ya dijimos en el primer capítulo, es la única que es auténticamente eutanasia. Se confunde la eutanasia con el «deseo de adelantar la muerte». Hay una gran dificultad para diferenciar la eutanasia de la sedación terminal. Otros aspectos están más claros entre los profesionales: terminalidad, síntomas insoportables, voluntariedad.

Un tema a considerar también es el cambio en las actitudes de la población. Probablemente un hito importante fue la *encuesta del CIS de 2009, que realizó 2 481 entrevistas*:

- ◆ «Cuando una persona tiene una enfermedad *en fase terminal*, que le causa *grandes sufrimientos* y que le causará *la muerte en poco tiempo*, ¿cree usted que la ley debería permitir que los médicos pudieran poner fin a su vida y sus sufrimientos, si esta persona *lo solicita libremente*? 63,3 % “Sí, con toda seguridad” y 17,2 % “Creo que sí, pero no estoy totalmente seguro”.
- ◆ Y si esta persona lo solicita libremente a sus médicos, ¿cree usted que la ley

debería permitir que estos le proporcionasen los medios necesarios para que ella misma pudiera terminar con su vida? 49,7 % «Sí, con toda seguridad» y 18,2 % «Creo que sí, pero no estoy totalmente seguro»».

Doce años antes, el CIS (1997), en otra encuesta, apuntaba en otra dirección, a temas más de fondo: lo que más preocupa a mayores es la soledad (76,9 %) seguida de la enfermedad (38,1 %), la dependencia (33,9 %) y la sensación de inutilidad (32,8 %). También se señalaba que el 30 % de los mayores no piensa en la muerte.

Los rasgos de la muerte ideal se iban dibujando en la mayoría de la población: sin dolor, durmiendo, rápida pero no accidental, a edad avanzada, en casa, sin estigma, acompañada de familiares y amigos, con bajo coste para los demás. España iba envejeciendo aceleradamente. En muchas familias, en estos veinticinco años, iban cambiando los escenarios: menos natalidad (menos nietos), más mayores dependientes, más cuidados de larga duración, más valoración del bienestar y dificultad para afrontar el dolor y el sufrimiento.

3. Estudio y deliberación parlamentarios

En nuestra historia reciente ha sido esencial la *Comisión Especial de Estudio de la Eutanasia en el Senado (1998-2000)*. Dicha Comisión se creó en el contexto de un gobierno del PP en minoría con apoyos cambiantes. La Comisión se limitó a trazar un estado de la cuestión con las personalidades más destacadas en relación con la eutanasia. Por el Senado pasaron personas tan relevantes como Diego Gracia, Gonzalo Herranz, Santiago Grisolía, Francesc Abel, Juan Viñas, Marc Antoni Broggi, Xavier Rubert de Ventós, Marcos Gómez, etc. Muy sintéticamente podemos resumir sus contribuciones en los siguientes puntos:

- ◆ Los médicos y bioeticistas, con escasas excepciones, se opusieron a la eutanasia.
- ◆ Los penalistas y activistas pro derecho a una muerte digna se mostraron más favorables a la eutanasia.
- ◆ La mayoría no observó la urgencia del debate.
- ◆ Hubo un unánime rechazo al ensañamiento terapéutico y la obstinación terapéutica.
- ◆ Se consideró mayoritariamente más importante favorecer los cuidados paliativos.

La Comisión terminó su trabajo sin conclusiones. No hubo acuerdos sobre el tema ni siquiera en el Partido Socialista. La ventaja de esta Comisión es que ayudó a que en España se superara *un planteamiento sentimental, estadístico o de activistas*.

Dos argumentos tuvieron peso en muchas de las comparecencias: las consecuencias sociales sobre los más vulnerables (presión) y el argumento de la prudencia y de la pendiente resbaladiza ante una excepción a la sanción del homicidio.

4. Los casos concretos. Nivel mediático

Por otro lado, en nuestro país cinco casos han marcado el imaginario de la mayoría de la población sobre este tema.

4.1. Caso de Ramón Sampedro

Ramón Sampedro fue un marinero gallego que sufrió un accidente a los 25 años al golpearse fuertemente la cabeza en la playa (1968). Quedó tetrapléjico (interrupción medular a nivel C-7). Necesitaba ayuda para muchas cosas. Se negaba a utilizar silla de ruedas. Estuvo durante más de 30 años en cama. Creía que su vida no tenía sentido. Era un hombre inteligente, amante de la música clásica y de escribir. En 1993, 25 años después del accidente, empezó a colaborar con la Asociación Derecho a Morir Dignamente.

Ramón Sampedro inició un largo itinerario jurídico por vías procesalmente incorrectas para alargar el caso ante los medios de comunicación y conseguir apoyos para su causa. Necesitaba una mano que le ayudara a morir. Los tribunales rechazaron reiteradamente su solicitud. Con la ayuda de varias personas consiguió la necesaria dosis de cianuro potásico. Una persona cercana le da un vaso con agua y cianuro, con una pajita para beberla, el 12 de enero de 1998 y él muere.

Este caso va vinculado, como todos sabemos, a una película: *Mar adentro*. Dicha película contó con financiación pública. En su estreno estuvieron presentes ocho miembros del Partido Socialista y el presidente del Gobierno. La película obtuvo catorce galardones en los Goya. En la cinta la postura de Sampedro es ensalzada y exaltada sentimentalmente. En ciertos momentos parece un santo laico, un mártir de la causa. Lo curioso es que, de forma un poco simplista, se opone la bondad de los cooperadores en el suicidio con la ridiculización cómica del sacerdote jesuita que trata de convencerle (en realidad no era jesuita) y que aparece como un fundamentalista irracional. De manera dicotómica y también simplista se confronta el valor de Sampedro con el estado de tristeza de Julia, que no tiene el valor/coraje de decir adiós a la vida.

Todo este apoyo social, político, mediático y cultural contrasta con el escasísimo apoyo social y mediático a la Asociación de Tetrapléjicos de España. En España hay unos 35.000 tetrapléjicos. Alberto Pinto, presidente de la Federación Nacional de Asociaciones de Lesionados Medulares y Grandes Minusválidos, señaló durante estos años: «La dificultad real con la que se encuentra este colectivo consiste en el esfuerzo de superación tras el trauma y en las ayudas públicas que deben recibirse en la rehabilitación y en la vida cotidiana. Sin embargo, el mensaje subliminar o expreso de la campaña que recibimos no es otro que lo mejor que le puede ocurrir a un tetrapléjico es que se le aplique la eutanasia». Curioso que la opción valiente sea exigir la eutanasia y no la lucha por la rehabilitación. En un momento dijo: «No somos muertos vivientes». Sampedro supone una lucha individual, pero no representan al colectivo. No comparten

que sean un esfuerzo inútil luchar, las terapias, las luchas por conseguir más ayudas del Estado. Los tetrapléjicos «somos algo más que movilidad».

4.2. Caso de Inmaculada Echevarría

Inmaculada tenía 51 años. Sufría distrofia muscular progresiva desde los 29 años. Desde los cuarenta años era totalmente dependiente de un respirador artificial. Un año antes de morir, comenzó a decir que no deseaba vivir en tales circunstancias. Un mes antes escribió al equipo médico un testamento vital-diretrices anticipadas. Expresó que deseaba que, después de una sedación, el doctor le retirara el respirador artificial. El equipo médico consideró la autenticidad de sus deseos, su capacidad y la estabilidad de su petición. Inmaculada era consciente de que la retirada del ventilador probablemente la llevaría a morir. Después de una serie de obstáculos institucionales de unos días, los doctores retiraron el respirador y murió.

4.3. Caso de Andrea

Andrea era una niña de 12 años que padecía desde su nacimiento una enfermedad degenerativa, irreversible e incurable (síndrome de Aicardi-Goutières). Murió a los cuatro días de retirársele la alimentación artificial. Le mantuvieron una mínima hidratación para que fármacos y sedación hicieran efecto. Los padres habían pedido la retirada de la hidratación y la nutrición artificial a través de gastroscopia, pues le estaba provocando dolor a la paciente. No se le podían ni siquiera administrar las dosis ordinarias de nutrientes porque la paciente no las toleraba. El Comité recomendó no prolongar la vida (14-9-2015) y también lo hizo el auto del juzgado de primera instancia nro. 6 de Santiago (9-10-2015). El servicio de pediatría del hospital no aceptó esa orientación en un primer momento, pero luego flexibilizó su postura por mediación del juez. Los padres repitieron que no pedían la eutanasia ni la sedación terminal, sino que simplemente no querían prolongar mecánicamente su vida.

4.4. Caso de Luis Montes y tres colaboradores de la ADMD

Dos médicos y una administrativa de la ADMD son acusados de facilitar la muerte de una mujer en Avilés y de participar en la eutanasia frustrada de un enfermo terminal en Cádiz. La fiscal Elsa Mesones afirmó que adquirían y distribuían fármacos anestésicos de forma ilícita y clandestina. El uso de tales medicamentos podía poner en peligro la salud del paciente y llegar a ocasionar la muerte. Este fue el procedimiento que llevó a la muerte de M. L. D. en 2012 y el que habría acabado con la vida de A. A., hermano del acusado F. A., el mismo año si la policía no hubiese interceptado las sustancias a raíz de una escucha telefónica.

M. L. D. padecía trastorno de personalidad, depresión y dolencias físicas fruto de los, al menos, cinco intentos de suicidio que cometió ante una situación personal desfavorable. M. L. D. consiguió su propósito tras ingerir pentobarbital sódico (anestésico) meses después. Lo hizo en Avilés en compañía de un voluntario de la federación de Cataluña con el que había trabado amistad y que le proporcionó el fármaco a cambio de 6.000 euros. Este declaró haber actuado por su cuenta, pero su testimonio no ha podido oírse de nuevo, ya que falleció en 2012. La adquisición del fármaco se hizo en México a través de Internet y el envío de la sustancia se hizo a terceros. Los tres acusados han aceptado penas menores para evitar su entrada en la cárcel.

4.5. Caso de María José Carrasco

María José Carrasco era una mujer con esclerosis múltiple que ha fallecido con 61 años. Hace veinte años, al comienzo de su enfermedad, su marido evitó su suicidio. Llevaba ocho años pidiendo una residencia especializada para ser atendida adecuadamente, sin ningún resultado (le fue concedida, pero no fue efectiva). Su marido la estaba cuidando desde hace dos décadas, con el consiguiente deterioro de su salud. Para ello tuvo que pedir reducción de jornada y la jubilación anticipada. En varias ocasiones ha pedido una ayuda social para poder operarse de una hernia umbilical, sin conseguir nada. Están cansados de luchar.

María José rechaza los cuidados paliativos: «Quiero morir, no quiero dormir». Su marido, después de grabar varias veces su petición de ayuda para morir, le da una dosis letal de pentobarbital sódico, que había comprado por Internet hace varios años, y ella muere. Era el 3 de marzo de 2019.

El caso de María José Carrasco es el caso de una derrota social además de un tema de suicidio asistido: no tuvo una residencia especializada, no tuvo ayuda domiciliaria para que el marido pudiera operarse, no tuvo mejores ayudas para más sesiones de rehabilitación, no tuvo una aplicación adecuada de la ley de dependencia, no funcionó bien la asistencia médica al domicilio, no tuvo una red de voluntarios que acompañara y ayudara, etc.

Estos casos han sido portada de muchos periódicos, que han servido de altavoz para plantear estos temas. No solo han aparecido noticias, columnas de opinión, reportajes, sino también algunos comentarios de ciudadanos. Por lo significativo de una mentalidad utilitarista, quiero recoger aquí un comentario que apareció en el diario *El Mundo* el 14 de mayo de 2016:

«Sin lugar a duda la Eutanasia va a ir a más, x una razón, ganan todos: gana el paciente q se ahorra sufrimientos, gana la familia q también se los ahorra, gana la sociedad q se ahorra gastos sociales. En una sociedad cada vez más laica y con más envejecimiento poblacional, x mero pragmatismo, hedonismo e intereses varios, va a ir a más. Solo estarán en contra las religiones y las farmacéuticas (los enfermos crónicos son un chollo). Yo trabajo en un hospital y, bajo una estricta regulación, la

autorizaría... Hay muchísima gente q se pasa 5 años de su vida como un vegetal, sufriendo, haciendo sufrir y generando gasto q se podría usar en otras cosas. Suena crudo, xo es así».

5. Nivel normativo al final de la vida en las comunidades autónomas

En las diversas comunidades, en esta década, han aparecido leyes que han regulado los procesos de morir y el final de la vida. En muchas de estas iniciativas, los primeros artículos definen claramente los términos (como, por ejemplo, en Aragón, Islas Baleares, Madrid): adecuación/limitación de las medidas terapéuticas, historia de valores, derecho al rechazo de tratamiento y a la retirada de una intervención, sedación paliativa. En todas se rechaza la obstinación terapéutica y diagnóstica como mala práctica.

- ◆ Aragón: Ley 10/2011, de 24 de marzo, de Derechos y Garantías de la Dignidad de la Persona en el Proceso de Morir y de la Muerte.
- ◆ Islas Baleares: Ley 4/2015, de 23 de marzo, de Derecho y Garantías de la Persona en el Proceso de Morir.
- ◆ Canarias: Ley 1/2015, de 9 de febrero, de Derechos y Garantías de la Dignidad de la Persona ante el Proceso Final de la Vida.
- ◆ Madrid: Ley 4/2017, de 9 de marzo, de Derechos y Garantías de las Personas en el Proceso de Morir.
- ◆ Navarra: Ley Foral 8/2011, de 24 de marzo, de Derechos y Garantías de la Dignidad de la Persona en el Proceso de Muerte.
- ◆ Galicia: Ley 5/2005, de 26 de junio, de Derechos y Garantías de la Dignidad de las Personas Enfermas Terminales.

El art. 10 habla largamente sobre el derecho al rechazo y retirada de tratamiento. Si la enfermedad es irreversible, incurable y terminal, hay un derecho al rechazo de procedimientos quirúrgicos, hidratación y alimentación, y de reanimación artificial, cuando sean extraordinarios o desproporcionados a las perspectivas de mejoría y produzcan dolor y/o sufrimiento desmesurados.

- ◆ Andalucía: Decreto 59/2012, de 13 de marzo, por el que se regula la organización y el funcionamiento del Registro de Voluntades Vitales Anticipadas de Andalucía.

En el anexo aparecen indicaciones relativas a las siguientes actuaciones sanitarias sobre las que se puede decidir: alimentación mediante nutrición parenteral (sueros nutritivos por vía venosa), alimentación mediante tubo de gastrostomía (tubo que se coloca directamente en el estómago), alimentación mediante sonda nasogástrica (tubo que se introduce por la nariz y llega hasta el estómago), hidratación con sueros por vía venosa, respirador artificial, transfusión

de sangre, reanimación cardiopulmonar, sedación paliativa.

6. La Asociación para el Derecho a Morir Dignamente y otras asociaciones

En España, como en otros países, ha sido relevante la Asociación para el Derecho a Morir Dignamente (ADMD). Con más de 5 000 socios, busca de una manera activa implantar una legislación sobre la eutanasia en nuestro país. La asociación suele estar presente mediáticamente cada vez que se plantea el debate sobre la eutanasia en nuestro país o acontecen cambios legislativos en este ámbito en el extranjero. En su modelo de testamento vital, aconseja a sus socios y simpatizantes que se añadan estos tres puntos:

- «1. Deseo finalizar mi vida con una limitación del esfuerzo terapéutico, evitando todos los medios artificiales, tales como técnicas de soporte vital, fluidos intravenosos, fármacos (incluidos los antibióticos), alimentación artificial (sonda nasogástrica) o cualquier otro tratamiento que pueda prolongar mi supervivencia.
- 2. Deseo unos cuidados paliativos adecuados al final de la vida, que se me administren los fármacos que palien mi sufrimiento y aquellos cuidados que me ayuden a morir en paz, especialmente –aun en el caso de que pueda acortar mi vida– la sedación terminal.
- 3. Si para entonces la legislación regula el derecho a morir con dignidad mediante eutanasia activa, es mi voluntad morir de forma rápida e indolora de acuerdo con la *lex artis ad hoc*».

Otras asociaciones e institutos han hecho propuestas a favor de un cambio legislativo en España. El Observatori Bioètica i Dret de la Universidad de Barcelona publicó un *Documento sobre la disposición de la propia vida en determinados supuestos: Declaración sobre la eutanasia* en diciembre de 2003.

7. La Iglesia católica

Por otro lado, la Conferencia Episcopal Española ha realizado una reflexión pública sobre la eutanasia en diversos documentos. El documento más relevante, a nuestro juicio, fue *La eutanasia: 100 cuestiones y respuestas sobre la defensa de la vida humana y la actitud de los católicos* (1993). También impulsó el testamento vital y propuso un modelo que tuvo bastante aceptación. Ya lo analizaremos más adelante con detenimiento. Ahora solo queremos subrayar que en la argumentación de los obispos siempre ha estado presente la dimensión social de la legalización de la eutanasia: el cuerpo no es una propiedad individual; muchas peticiones derivan de que no sabemos acompañar y acercarnos a las personas al final de la vida, no sabemos dar calor; de sus condiciones socioeconómicas, de la deshumanización de algunos de nuestros hospitales. En el documento *La eutanasia es inmoral y antisocial: Declaración de la Comisión Permanente de la Conferencia Episcopal Española*, del 19 de febrero de 1998 (en mitad

del debate público por el caso Sampedro) se rechaza con dureza el individualismo que subyace en las actitudes favorables a la eutanasia, que lleva a decir que «mi vida es mía; nadie me puede decir lo que tengo que hacer con ella» (nro. 7). «Si ninguna propiedad (de bienes o cosas) deja de tener una referencia social y transpersonal, menos aún la vida, que no es una propiedad cualquiera. Concebir la vida como un objeto de “uso y abuso” por parte de su “propietario” es llevar a un extremo casi ridículo el mezquino sentido burgués de la propiedad privada» (nro. 9).

8. Los partidos políticos

Los partidos políticos, en los tres últimos años, también han planteado el tema en un nuevo escenario político de superación del bipartidismo.

- ◆ 2 de diciembre de 2016. Ciudadanos presenta en el registro del Congreso para debate en el pleno una proposición de ley de derechos y garantías de la dignidad de la persona ante el proceso final de su vida.
- ◆ 22 de diciembre de 2016. Valencia: presentación pública del anteproyecto de ley de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de atención al final de la vida.
- ◆ 18 de enero de 2017. Podemos presenta en el Congreso una proposición de ley orgánica sobre la eutanasia.
- ◆ 3 de mayo de 2018. Proposición de ley del PSOE sobre la eutanasia presentada en el Congreso. Se plantea la proposición de ley desde el derecho a las personas a solicitar y recibir ayuda para morir cuando concurren las circunstancias previstas. Se determinan los deberes del personal sanitario (art. 1). Las condiciones para solicitar la prestación de ayuda a morir son las siguientes:
 1. Ser nacional español o tener residencia legal.
 2. Recibir información sobre alternativas y posibilidades.
 3. Solicitud voluntaria, repetida al menos en una ocasión (15 días de intervalo).
 4. Sufrir enfermedad grave o incurable o padecer una discapacidad grave crónica.
 5. Prestar consentimiento informado (art. 5).

En la campaña electoral para las elecciones de abril de 2019, además de demostrar gran ignorancia en estos temas, tres partidos manifestaron apoyar una ley sobre la eutanasia (Podemos, PSOE y Ciudadanos). Solo el PP y Vox se manifestaron claramente en contra.

En mitad de estas convocatorias electorales se hizo público cómo nuestro país bajaba en el *ranking* europeo de los cuidados paliativos a los últimos puestos (puesto 31 de 51).

80 000 personas al año mueren sin cuidados paliativos. También aparecían noticias sobre la soledad de muchos ancianos en nuestro país. En un país como el nuestro, el 40 % de los mayores se sienten solos (*informe de La Caixa Soledad y riesgo de aislamiento social en las personas mayores*, 2019).

Una pregunta que nos queda a muchos es si el debate sobre la eutanasia no está ocultando otros temas más de fondo que afectan a muchas personas y a los más vulnerables: la pérdida de vínculos comunitarios y familiares, la soledad de los mayores, la falta de cuidados integrales para las personas al final de la vida, la falta de cuidados paliativos de calidad en muchas partes de nuestro país, la falta de ayudas sociales a los mayores más vulnerables (demencias, tetrapléjicos, etc.), la necesidad de fomentar una sociedad de cuidados en todos, el cuidado de las personas con demencia, la pirámide poblacional, la necesidad de fomentar una mayor participación de los mayores, la disminución de la solidaridad y del valor de los proyectos comunes, etc.

En este capítulo sobre la situación española no solo hemos querido describir los distintos agentes que intervienen en este debate y los cambios en estos veinticinco años (políticos, culturales, profesionales, eclesiales, asociativos, legislativos, mediáticos, sanitarios, etc.) sino también reconocer que nada ocurre por azar ni por las leyes inevitables de la historia. Los cambios, en una dirección u otra, suceden porque cambian los médicos, jueces, enfermeras, familias, religiosos, medios de comunicación, políticos. Este capítulo no pretende otra cosa que llamar a la participación y a ser responsables en un tema que, como vimos en el segundo capítulo, va más allá de la eutanasia y el suicidio asistido.

La eutanasia en la tradición cristiana

Desde los orígenes, la eutanasia fue considerada irreconciliable con la ética que nace del mensaje de Jesús. La eutanasia era extraña al mundo bíblico. Por eso, al difundirse en una cultura en la que una corriente de pensamiento tan importante como el estoicismo sí admitía tal práctica, la ética cristiana se distancia de la estoica. La Iglesia naciente se opone muy tempranamente a esta práctica. Dios es el único Señor de la vida y de la muerte y ama especialmente a los pobres, enfermos y vulnerables. Dividiremos nuestra exposición en varias etapas.

1. Iglesia antigua y medieval

Desde los comienzos, las primeras comunidades cristianas cuidaron de modo especial a los enfermos, al estilo de Jesús. Los cristianos iban a visitarlos, los lavaban, les llevaban la comunión.

Lactancio (245-325), en el contexto del final del Imperio romano, afirmó, un poco contraculturalmente, que los que hoy llamamos enfermos terminales «son inútiles para los hombres, pero son útiles para Dios, que les conserva la vida, que les da el espíritu y les concede la luz» (*Divinae institutiones*, III, 18, 5-12). La tradición católica coloca en su centro la convicción del sentido y valor de las personas inútiles –discapacitados, moribundos, dependientes– a la luz de lo divino.

San Basilio (330-379) fundó lo que sería el primer hospital de Occidente para atender a los enfermos de su tiempo. San Benito y toda la tradición benedictina establecerán enfermerías en los monasterios y cuidarán a los enfermos como si cuidaran a Cristo. Toda esta tradición hizo que desde los comienzos ni se planteara la legitimidad de la eutanasia ni el abandono de los mayores y discapacitados.

San Agustín (354-430) afirmó con claridad que «nunca es lícito matar a otro; aunque él lo quisiera, incluso si lo pidiera, cuando, suspendido entre la vida y la muerte, suplica que le ayuden a liberar su alma que lucha contra las cadenas del cuerpo y desea romperlas; no es lícito ni siquiera cuando un enfermo no esté ya en condiciones de sobrevivir» (Ep. 204, 5, en *Corpus scriptorum ecclesiasticorum latinorum* 57, 320).

2. La Escuela de Salamanca y la casuística moderna

La teología moral católica del XVI-XVII, en el contexto de una modernidad naciente, de unas ciudades y un comercio florecientes, se preocupa por la intervención en el final de la vida. Ya Vitoria, Báñez (*Scholastica commentaria in primam partem Angelici Doctoris S. Thomae*, II-II, q. 65, art. 1), el cardenal Lugo y Soto (*De iustitia et iure*, 1, 2, q. 2, a. 1; q. 5, a. 5) distinguieron entre medios ordinarios y extraordinarios en los cuidados al final de la vida. Los medios ordinarios son obligatorios moralmente.

Medios ordinarios obligatorios:

1. *Esperanza de salud*: Beneficio significativo de la ingesta de medicinas. Si apenas alarga unas horas, no es obligatorio. No referido a alimentación.
 2. *Medios comunes*: Usados habitualmente en situaciones similares. Se considera suicidio no emplearlos.
 3. Según la proporción del estado: Consideración del estado social, económico o de vida.
 4. *Medios no difíciles*: No demasiada dificultad física o psicológica en su uso.
 5. *Medios fáciles*: Medios de uso «razonable», aun con alguna dificultad.
-

Estos medios están retratando lo que para estos teólogos implica un cuidado adecuado y prudente en la vejez, en la enfermedad, el dolor y la muerte. En cambio, los medios extraordinarios son opcionales y, por lo tanto, no son obligatorios. Estos medios implican discernimiento personal –pues pueden ser adecuados o inadecuados dependiendo de la persona– (Velasco, 2011a).

Medios extraordinarios opcionales:

1. *Cierta imposibilidad*: Física, psicológica o moral. Nadie está obligado a lo imposible.
 2. *Mucho esfuerzo y medios bastante duros*: Largo viaje, operación peligrosa.
 3. *Muchos tormentos y enorme dolor*: En época preanestésica, por ejemplo, una amputación.
 4. *Costo extraordinario, medios valiosos y exquisitos*: Dejar al enfermo y la familia en precariedad.
 5. *Horror severo*: Intenso miedo o repugnancia.
-

Para estos teólogos, una persona no pecaba si no vendía, por ejemplo, la única tierra que tenía para pagar el médico y las medicinas para atender a su padre enfermo, pues de lo contrario hipotecaría el futuro de toda su familia. Tampoco pecaría si, ante la recomendación de un médico de trasladarse a un clima más cálido para que su madre, con un fuerte reumatismo, no muriese prematuramente, no lo hiciera, pues implicaría trasladar a toda la familia. Tampoco pecaría si, ante un horror intenso y miedo al dolor por la necesidad de amputar una pierna gangrenada, no lo hiciera. Basados en esa distinción (medios ordinarios/extraordinarios) se diferencia entre eutanasia *activa* –acción positiva con la que se pretende quitar la vida al enfermo– y eutanasia *pasiva* –se omite una acción que, por ser un medio extraordinario, podría alargar esa vida–.

Fundados en el principio de doble efecto, se distinguen dos tipos de eutanasia activa: *directa*, cuando se pone una acción que sirve únicamente para quitar la vida del enfermo (ej., sobredosis de morfina), e *indirecta*, referida especialmente a la administración de ciertos calmantes, con los que se pretende paliar los dolores del enfermo, pero que

podrían también abreviar su existencia.

Detrás de estas distinciones hay una profunda inspiración evangélica. La legitimidad de la eutanasia indirecta está enraizada en la vocación de Jesús y de todo cristiano de aliviar todo dolor y enfermedad. La legitimidad de la eutanasia pasiva está inspirada en aprender a dejar morir en paz, en aceptar que ha llegado «la hora de pasar a la casa del Padre». La legitimidad de rechazar los medios desproporcionados descansa en ese humanismo que ha vertebrado toda la tradición católica por la cual no estamos obligados a lo heroico, a lo ideal, sino a lo posible, a lo que alcanzamos desde nuestra limitación, sin quebrar nunca al sujeto.

Esquema de la Escuela de Salamanca	
Aliviar el dolor	No matar
Dejar morir en paz	No ayudar a morir, al suicidio
Medios ordinarios obligatorios	No obligatorios medios extraordinarios

3. El papa Pío XII y el Concilio Vaticano II

Pío XII, con la terminología de su tiempo, rechaza con claridad la eutanasia directa y admite la eutanasia indirecta. Pío XII, en el contexto del Código de Núremberg, aprobado tras el Juicio de Núremberg y en el que se recogen ciertas orientaciones de ética médica en torno a la investigación con seres humanos, rechaza la eutanasia activa directa entendida como «muerte piadosa»: «No basta con que el corazón sea bueno, sensible, generoso; debe ser también sabio y fuerte [...] Una de estas falsas piedades es la que pretende justificar la eutanasia y sustraer al hombre del sufrimiento purificador y meritorio, no por medio de un alivio laudable y caritativo, sino con la muerte, como se hace con un animal sin razón y sin inmortalidad» («Discurso al Congreso Internacional de Ligas Católicas Femeninas», 1947).

En un texto clave, diez años después, admite la licitud de la llamada entonces eutanasia indirecta: «Si entre la narcosis y el acortamiento de la vida no existe nexo causal alguno directo, puesto por la voluntad de los interesados o por la naturaleza de las cosas [...] y si, por el contrario, *la administración de narcóticos produjese por sí misma dos efectos distintos, por una parte, el alivio de los dolores y, por otra, la abreviación de la vida, entonces es lícita*» («Discurso en respuesta a tres preguntas religiosas y morales concernientes a la analgesia», 1957). Basándose en el principio de doble efecto, acepta la llamada eutanasia activa indirecta, es decir, administrar calmantes que pudiesen también indirectamente acelerar la muerte.

Siguiendo la tradición católica de la Escuela de Salamanca, afirma la obligación de

proporcionar los medios ordinarios y la legitimidad de rechazar los medios extraordinarios. Pío XII responde en 1957 a las siguientes preguntas: «¿Se tiene el derecho o hasta la obligación de utilizar los aparatos modernos de respiración artificial en todos los casos, aun en aquellos que, a juicio del médico, se consideran como completamente desesperados [...]? ¿Se tiene el derecho o la obligación de retirar el aparato respiratorio cuando, después de varios días, el estado de inconsciencia profunda no se mejora, mientras que si se prescinde de él la circulación se detendrá en algunos minutos?». El papa Pacelli responde que hay una obligación de conservar la vida y la salud, «pero esto no obliga habitualmente más que al empleo de los medios ordinarios (según las circunstancias de personas, de lugares, de época, de cultura), es decir, a medios que no impongan ninguna carga extraordinaria para sí mismo o para otro»... «En general, no se puede obrar más que si el paciente lo autoriza explícita o implícitamente» (reconoce la autonomía del enfermo en estas decisiones). Conclusión: «Por consiguiente, si parece que la tentativa de reanimación *constituye en realidad para la familia una carga que en conciencia no se le pueda imponer, ella puede lícitamente insistir para que el médico interrumpa sus tentativas, y este último puede lícitamente acceder a ello*» («Discurso a los miembros del Instituto Italiano de Genética Gregorio Mendel»). No hay eutanasia, sino aplicación legítima del principio de doble efecto y del *voluntarium in causa*. El papa admite rechazar ciertos tratamientos desproporcionados para poder morir en paz (Velasco, 2011b).

El papa rechaza claramente la muerte de cualquier persona sin su consentimiento. Pío XII, aludiendo al concepto nazi de «vidas sin valor vital» y los millones de vidas aniquiladas, señala: «No es lícito matar directamente, por orden de la autoridad pública, a aquellos que, sin haber cometido delito alguno que merezca la muerte, por el hecho de que no estén en condiciones, a causa de sus deficiencias físicas o psíquicas, de no ser útiles a la nación, son considerados más bien como carga y obstáculo para su progreso y desarrollo» (AAS 32 [1940] 553).

Esquema de Pío XII	
No a eutanasia activa	Sí a eutanasia pasiva
No a eutanasia directa	Sí a eutanasia indirecta
No obligatorios medios extraordinarios	Sí a medios ordinarios

El Concilio Vaticano II, en *Gaudium et spes*, 27, declara el rechazo a la eutanasia junto al aborto y el suicidio. Es el único lugar en que aparece en todo el Concilio. En un tono muy duro se afirma que estos homicidios «son en sí mismos infamantes, degradan la civilización humana, deshonran más a sus autores que a sus víctimas y son totalmente contrarios al honor debido al Creador».

4. La declaración *Iura et bona* de la Congregación para la Doctrina de la Fe sobre la eutanasia (5-5-1980)

Estamos ante el documento más amplio y sistemático del magisterio católico sobre este tema. Es referencia ineludible y de enorme actualidad. Podemos resumir su aportación, siguiendo a nuestro maestro Javier Gafo (2003, 268-270), en los siguientes puntos:

1. *Condena clara de la eutanasia en este documento*: «Nadie puede atentar contra la vida de un hombre inocente [...] sin violar un derecho fundamental, irrenunciable e inalienable». Inaceptable «con el fin de eliminar radicalmente los últimos sufrimientos o de evitar a los niños subnormales, a los enfermos mentales o a los incurables, la prolongación de una vida desdichada, quizás por muchos años, que podría imponer cargas demasiado pesadas a las familias o a la sociedad [...] Nadie, además, puede pedir este gesto homicida para sí mismo o para otros confiados a su responsabilidad, ni puede consentirlo explícita o implícitamente. *Ninguna autoridad puede legítimamente imponerlo ni permitirlo*».
2. *Valor cristiano del dolor y legitimidad en el uso de calmante*. El creyente tiene la posibilidad de asumir voluntariamente el dolor. Pero «no sería, sin embargo, prudente imponer como norma general un comportamiento heroico determinado. Al contrario, la prudencia humana y cristiana sugiere para la mayor parte de los enfermos el uso de las medicinas que sean adecuadas para aliviar o suprimir el dolor». Afirma la clásica doctrina eclesial de la *legitimidad del uso de calmantes* que pudiesen abreviar indirectamente la vida.
3. *Aceptación del derecho a morir* entendido como «el derecho a morir con toda serenidad, con dignidad humana y cristiana»; «no designa el derecho a procurarse o hacerse procurar la muerte como se quiera».
4. *Condena del encarnizamiento terapéutico*: «Es muy importante hoy día proteger, en el momento de la muerte, la dignidad de la persona humana y la concepción cristiana de la vida contra un tecnicismo que corre el riesgo de hacerse abusivo». «Ante la inminencia de una muerte inevitable, a pesar de los medios empleados, es lícito, en conciencia, tomar la *decisión de renunciar a unos tratamientos que procurarían únicamente una prolongación precaria y penosa de la existencia, sin interrumpir, sin embargo, las curas normales debidas al enfermo en casos similares*».
5. *Superación de la terminología de medios ordinarios/extrordinarios*. Se utiliza la nueva pareja de términos de la teología católica, *medios proporcionados y desproporcionados*. El cambio se debe hacer «tanto por la imprecisión del término [ordinario] como por los rápidos progresos de la terapia». Para evaluar el carácter proporcionado o no de un medio terapéutico habrá que *tener en cuenta* «el tipo de terapia, el grado de dificultad y riesgo que comporta, los gastos necesarios y las posibilidades de aplicación con el resultado que se puede esperar de todo ello, teniendo en cuenta las condiciones del enfermo y sus fuerzas físicas y morales». Cambio importante, pues implica no centrarse en las características

de las terapias médicas usadas, sino tener también muy *en cuenta el conjunto de circunstancias* que rodean al propio enfermo y su proceso de muerte.

6. *Aceptación de la ortotanacia*: «Es también lícito interrumpir la aplicación de tales medios [desproporcionados] cuando los resultados defraudan las esperanzas puestas en ellos». Deben decidir en primer lugar el propio enfermo y sus familiares y después el médico, que tiene la capacidad para ponderar «si las técnicas empleadas imponen al paciente *sufimientos y molestias mayores que los beneficios* que se pueden obtener de las mismas».
7. *Legitimidad del dejar morir en paz*: «Es siempre lícito contentarse con los medios normales que la medicina puede ofrecer». No recurrir a una terapia costosa o arriesgada «no equivale al suicidio». Rechaza el encarnizamiento terapéutico y afirma que en estos casos «el médico no tiene motivo de angustia, como si no hubiese prestado asistencia a una persona en peligro».
8. *Significado de la petición de eutanasia por parte del enfermo*: «Las súplicas de los enfermos muy graves que alguna vez invocan la muerte no deben ser entendidas como expresión de una verdadera voluntad de eutanasia; estas, en efecto, son casi siempre peticiones angustiadas de asistencia y de afecto. Además de los cuidados médicos, lo que necesita el enfermo es el amor, el calor humano y sobrenatural, con el que pueden y deben rodearlo todos aquellos que están cercanos, padres e hijos, médicos y enfermeros».

Este documento nos muestra el camino cristiano en el final de la vida. En el final de la vida hay que utilizar los medios que nos proporcionen una adecuada calidad de vida y nos supongan unos costes emocionales, físicos, morales y económicos razonables. No hay que prolongar abusivamente y precariamente la vida, penosamente la existencia, cuando somos mayores. Una obsesión por estirar la vida irracionalmente, una preocupación por la salud excesiva no sería cristiana. No se puede prolongar abusivamente e irracionalmente la vida no solo en las decisiones al final de la vida, sino con el consumo desmesurado de salud, de ocio, de dinero, etc.

La tradición católica admitió siempre el valor de omitir ciertas acciones que, por ser un medio extraordinario, una carga extraordinaria para uno mismo y la familia, podrían prolongar precaria y penosamente esa vida. El trasfondo de esta aceptación es una llamada a aprender a dejar morir en paz, a asumir la muerte. La sabiduría cristiana y humana se sitúa entre no prolongar irracionalmente la vida y no acortarla excesivamente.

Esquema de <i>Iura et bona</i>	
Valor de los calmantes	Sentido del dolor
Derecho a morir con paz, dejar morir	No al encarnizamiento terapéutico
Medios proporcionados obligatorios	Necesidad de afecto y cercanía

5. Los documentos de la Conferencia Episcopal Española

La *Nota sobre la eutanasia* de la Conferencia Episcopal Española (15 de abril de 1986) expresa con claridad las dificultades actuales de asumir la muerte y de saber ayudar al paciente terminal: «La perspectiva de la muerte crea en muchos de nuestros contemporáneos una inmensa angustia, que dificulta extraordinariamente nuestra relación con el enfermo grave: no sabemos acercarnos a él, acompañarle en sus temores y esperanzas, proporcionarle el apoyo y calor humano que tanto necesita».

Esto se agudiza aún más por la *deshumanización de las grandes instituciones hospitalarias* y la dificultad del personal sanitario, capellanes y familiares para saber acompañar humanamente al enfermo terminal. Critica, por ello, la falta de información al enfermo y las mentiras en su entorno que le bloquean la comunicación. Nuestra cultura tiene que asumir la muerte: «Es necesario reintroducir la muerte en nuestros esquemas mentales, sin negarla ni reprimirla. La muerte forma inevitablemente parte de la vida y su represión origina en nosotros sentimientos de angustia y bloquea nuestra relación con las personas que están próximas al fin de su existencia. Es necesario aclarar nuestra compasión por el enfermo terminal, para saber descubrir en ella nuestro propio miedo a la muerte, que nos impide una relación humana adecuada con quien se está muriendo».

La Comisión Episcopal de Pastoral Sanitaria del episcopado español hizo público un *testamento vital* –documento excelente– en el que se pide: «[...] no se me mantenga en vida por medios desproporcionados o extraordinarios [...] ni se prolongue abusiva o irracionalmente mi proceso de muerte [es decir, la distanisia]; que se me administren los tratamientos adecuados para paliar los sufrimientos». El trasfondo del documento expresa ese deseo cristiano de morir en paz rodeado de los cercanos, responsablemente y acompañado espiritualmente.

«A mi familia, a mi médico, a mi sacerdote, a mi notario: Si me llega el momento en que no pueda expresar mi voluntad acerca de los tratamientos médicos que se vayan a aplicar, deseo y pido que esta declaración sea considerada como expresión formal de mi voluntad, asumida de forma consciente, responsable y libre, y que sea respetada como si se tratara de un testamento.

Considero que la vida en este mundo es un don y una bendición de Dios, pero no es el valor supremo y absoluto. Sé que la muerte es inevitable y pone fin a mi existencia terrena, pero creo que me abre el camino a la vida que no se acaba, junto a Dios.

Por ello, yo, el que subscribe, pido que si por mi enfermedad llegara a estar en situación crítica irrecuperable, no se me mantenga en vida por medio de tratamientos desproporcionados; que no se me aplique la eutanasia (ningún acto u omisión que por su naturaleza y en su intención me cause la muerte) y que se me administren los tratamientos adecuados para paliar los sufrimientos.

Pido igualmente ayuda para asumir cristiana y humanamente mi propia muerte. Deseo poder prepararme para este acontecimiento en paz, con la compañía de mis seres queridos y el consuelo de mi fe cristiana, también por medio de los sacramentos.

Suscribo esta declaración después de una madura reflexión. Y pido que los que tengáis que cuidarme respetéis mi voluntad. Designo para velar por el cumplimiento de esta voluntad, cuando yo mismo no pueda hacerlo, a

Facuto a esta misma persona para que, en este supuesto, pueda tomar en mi nombre las decisiones

pertinentes. Para atenuaros cualquier posible sentimiento de culpa, he redactado y firmo esta declaración».

6. El magisterio del papa Juan Pablo II y el *Catecismo de la Iglesia católica*

La encíclica de Juan Pablo II *Evangelium vitae* subraya este modo de morir: «Acercándose a la muerte, los hombres deben estar en condiciones de poder cumplir sus obligaciones morales familiares y, sobre todo, deberán poder prepararse con plena conciencia al encuentro definitivo con Dios». Es un modo integral donde se tienen en cuenta los aspectos espirituales, familiares, médicos, etc.

Con igual solemnidad y fuerza que respecto al aborto, afirma en la misma encíclica: «De acuerdo con el Magisterio de mis predecesores y en comunión con los Obispos de la Iglesia Católica, *confirmo* que la *eutanasia es una grave violación de la Ley de Dios*, en cuanto eliminación deliberada y moralmente inaceptable de una persona humana». Se trata de una «doctrina fundamentada en la ley natural y en la Palabra de Dios escrita; es transmitida por la Tradición de la Iglesia y enseñada por el Magisterio ordinario y universal» (nro. 65). La eutanasia refleja para Juan Pablo II «ese oscurecimiento de las conciencias». Señala cómo se justifica, más que «por presunta piedad», por «razones utilitarias», para evitar gastos a la sociedad. A ello se suma el peligro de «eliminación de los recién nacidos malformados, minusválidos graves, de los impedidos, de los ancianos, sobre todo si no son autosuficientes, y de los enfermos terminales» (nro. 15).

De igual modo que los documentos anteriores, *Evangelium vitae* se opone al ensañamiento terapéutico y reafirma la legitimidad de no recurrir a terapias extraordinarias o desproporcionadas que podrían prolongar la vida del enfermo, pero al precio de grandes dolores y de muy pocas probabilidades de recuperación de la salud, en donde habría que tener en cuenta los costes que impone al interesado y a su familia.

El *Catecismo de la Iglesia católica*, promulgado en 1992, dentro de la tercera parte («La vida en Cristo»), en la segunda sección sobre los diez mandamientos, al analizar el quinto mandamiento, dedica una sección a la eutanasia. Reproducimos esos números por su importancia:

«2276. Aquellos cuya vida se encuentra disminuida o debilitada tienen derecho a un respeto especial. Las personas enfermas o disminuidas deben ser atendidas para que lleven una vida tan normal como sea posible.

2277. Cualesquiera que sean los motivos y los medios, la eutanasia directa consiste en poner fin a la vida de personas disminuidas, enfermas o moribundas. Es moralmente inaceptable.

Por tanto, una acción o una omisión que, de suyo o en la intención, provoca la muerte para suprimir el dolor, constituye un homicidio gravemente contrario a la dignidad de la persona humana y al respeto del Dios vivo, su Creador. El error de juicio en el que se puede haber caído de buena fe no cambia la naturaleza de este acto homicida, que se ha de rechazar y excluir siempre [cf. Sagrada Congregación para la Doctrina de la Fe, decl. *Iura et bona*].

2278. La interrupción de tratamientos médicos onerosos, peligrosos, extraordinarios o desproporcionados a los resultados puede ser legítima. Interrumpir estos tratamientos es rechazar el «encarnizamiento terapéutico». Con esto no se pretende provocar la muerte; se acepta no poder impedirla. Las decisiones deben ser tomadas por el

paciente, si para ello tiene competencia y capacidad, o si no por los que tienen los derechos legales, respetando siempre la voluntad razonable y los intereses legítimos del paciente.

2279. Aunque la muerte se considere inminente, los cuidados ordinarios debidos a una persona enferma no pueden ser legítimamente interrumpidos. El uso de analgésicos para aliviar los sufrimientos del moribundo, incluso con riesgo de abbreviar sus días, puede ser moralmente conforme a la dignidad humana si la muerte no es pretendida, ni como fin ni como medio, sino solamente prevista y tolerada como inevitable. Los cuidados paliativos constituyen una forma privilegiada de la caridad desinteresada. Por esta razón deben ser alentados».

7. El papa Francisco

Este papa nos ha enseñado a mirar con una mirada más amplia y profunda todos los temas desde la *Evangelii gaudium* a la *Laudato si'*. Este planteamiento hace que en los temas del final de la vida haya que subrayar, a nuestro juicio, dos como marco de la eutanasia: la cultura del descarte de tantos ancianos y la necesidad de acompañamiento al final de la vida. De hecho, ningún papa ha hablado tan a fondo sobre la necesidad de acompañar al final de la vida y en el luto a las personas como lo ha hecho en su exhortación apostólica *Amoris laetitia* (AL).

En tres ocasiones se menciona la eutanasia en AL. La primera aparece en el nro. 48 al final: «La eutanasia y el suicidio asistido son graves amenazas para la familia en todo el mundo. Tal práctica es legal en muchos Estados. La Iglesia, mientras se opone férreamente a tales prácticas, siente el deber de ayudar a las familias que se ocupan del cuidado de sus miembros ancianos y enfermos». El papa subraya la dimensión social de la eutanasia (amenaza a la familia) y la vocación positiva de los cristianos (ayudar y cuidar).

La segunda es al final del nro. 83, cuando señala: «Del mismo modo, la Iglesia siente la urgencia no solo de afirmar el derecho a la muerte natural, evitando el encarnizamiento terapéutico y la eutanasia, sino también rechaza con firmeza la pena de muerte». La tercera referencia que se hace está en una nota al pie del nro. 302; solo se cita *Iura et bona*.

Entresacamos a continuación algunos textos que nos parecen significativos del magisterio del papa Francisco. El papa habla de una «eutanasia oculta».

«Lo mismo vale para la eutanasia: todos sabemos que, con muchos ancianos, en esta cultura del descarte, se realiza esta eutanasia oculta. Pero está también la otra. Y esto es decir a Dios: “No, el final lo decido yo, como yo quiero”. Pecado contra Dios creador. Pensad bien esto» («Discurso a la Asociación de Médicos Católicos italianos en su LXX aniversario», 15 de noviembre de 2014).

Un mes después señala el profundo valor de los enfermos: «¡Qué gran mentira se esconde tras ciertas expresiones que insisten mucho en la “calidad de vida”, para inducir a creer que las vidas afligidas por enfermedades no serían dignas de ser vividas!» («Mensaje para la XXIII Jornada Mundial del Enfermo», 30 de diciembre de 2014).

También subraya la importancia de un cuidado integral: «Los cuidados paliativos son

expresión de la actitud propiamente humana de cuidarse unos a otros, especialmente a quien sufre. Testimonian que la persona humana es siempre valiosa, aunque esté marcada por la ancianidad y la enfermedad. En efecto, la persona, en cualquier circunstancia, es un bien para sí misma y para los demás, y es amada por Dios. Por eso, cuando su vida se vuelve muy frágil y se acerca la conclusión de su existencia terrena, sentimos la responsabilidad de asistirla y acompañarla del mejor modo» (Mensaje a la Asamblea General de la Pontificia Academia Pro Vita, 5 de marzo de 2015).

Muy recientemente, en junio de 2019, a propósito del dramático caso de la chica holandesa de 17 años Noa Pothoven, el papa ha afirmado que «la eutanasia y el suicidio son una derrota para todos. La respuesta que hemos de dar es no abandonar nunca a quien sufre, no rendirnos, sino cuidar y amar a las personas para devolverles la esperanza». La eutanasia es una derrota en la cercanía, en el acompañamiento, en el cuidado, en el reconocimiento.

8. La alimentación e hidratación artificial. Precisiones

Un último asunto habría que exponer para que esta breve descripción quede completa. La Congregación para la Doctrina de la Fe publicó el 15 de septiembre de 2007 *Respuestas a algunas preguntas de la Conferencia Episcopal Estadounidense sobre hidratación y alimentación artificiales*. Allí se aborda el delicado tema de la retirada de la alimentación e hidratación artificial en dos breves preguntas y dos breves respuestas. Pero la Congregación para la Doctrina de la Fe publica también un «Artículo de comentario», donde al final se señala la orientación básica con enorme precisión:

«Suministrar *alimento y agua, incluso por vía artificial*, es, en principio, un *medio ordinario y proporcionado* para la conservación de la vida. Por lo tanto, es obligatorio en la medida y mientras se demuestre que cumple su propia finalidad, que consiste en procurar la hidratación y la nutrición del paciente. De ese modo se evitan el sufrimiento y la muerte derivados de la inanición y la deshidratación [...] Representa siempre un *medio natural de conservación de la vida y no un tratamiento terapéutico*. Por lo tanto, hay que considerarlo ordinario y proporcionado, incluso cuando el “estado vegetativo” se prolongue».

En el último párrafo del artículo de comentario, sin embargo, de forma muy precisa se plantean una serie de excepciones:

- «a) En alguna región muy aislada o extremadamente pobre, la *alimentación e hidratación artificiales puede que no sean físicamente posibles*; entonces [...] permanece la obligación de ofrecer los cuidados mínimos disponibles y de buscar, si es posible, los medios necesarios para un adecuado mantenimiento vital.
- b) Debido a complicaciones sobrevenidas, *el paciente no pueda asimilar alimentos*

y líquidos, resultando totalmente inútil suministrárselos.

- c) La alimentación e hidratación artificiales puedan implicar para el paciente una *carga excesiva o una notable molestia física* vinculada, por ejemplo, a complicaciones en el uso del instrumental empleado».

Este comentario es esencial: es, en principio, un medio ordinario..., pero para el paciente puede ser una carga excesiva o una notable molestia física. Los términos empleados son importantes: *notable, excesiva... carga, molestia*.

9. Los cuidados paliativos y la humanización del morir

En mitad del siglo XX han aparecido una serie de alternativas humanizantes e integrales para morir, como son los hospicios y los cuidados paliativos. Los *hospicios*, impulsados por Cecily Saunder en la década de los sesenta del pasado siglo, son casas o pequeños hospitales de 20-50 camas. Inicialmente estaban fuera de los hospitales y al margen de la salud pública, siendo promovidos por *charities*, por instituciones benéficas. Nacen de la toma de conciencia de la necesidad de un cuidado holístico e integral del paciente, es decir, de un cuidado que aborde todas las dimensiones, orgánicas, psíquicas y espirituales, asociadas a la situación de proximidad a la muerte. Posteriormente, se pasa a la atención domiciliaria y a la creación de los equipos de apoyo, *support teams*, que actúan dentro de los hospitales, sin camas propias. Los principios del movimiento *hospice* se pueden resumir en los siguientes:

- ◆ Asistencia y cuidado integral con objetivos no curativos.
- ◆ Participación del paciente en el tratamiento.
- ◆ Atención unitaria al paciente y su familia.
- ◆ Funcionamiento como equipo interdisciplinar.
- ◆ Control del dolor y alivio de los síntomas.
- ◆ Atención, accesible económicamente, para cualquier enfermo.

La OMS define el cuidado paliativo como

«el cuidado activo total de pacientes cuya enfermedad no responde al tratamiento. Es fundamental el control del dolor y de otros síntomas, así como de los problemas psicológicos, sociales y espirituales. El objetivo del cuidado paliativo es el logro de la mejor calidad de vida para los pacientes y sus familias [...] afirma la vida y considera el morir como un proceso normal [...] ni acelera ni pospone la muerte [...] proporciona alivio del dolor y de otros síntomas de malestar [...] integra los aspectos psicológicos y espirituales del cuidado [...] ofrece un sistema de apoyo para ayudar a la familia durante la enfermedad del paciente y en su propio duelo».

Los cuidados paliativos se dirigen, en muchos casos, a enfermos terminales (pronóstico de 6 meses de vida) que no responden a su tratamiento específico, con una enfermedad incurable y progresiva que les causa frecuentes problemas y dolores y que ocasiona un gran impacto emocional sobre el enfermo y la familia.

El *humus* en que nacen estas alternativas es la convicción de que la aproximación al

enfermo debe ser holista, que debe tener en cuenta las implicaciones personales y no solo las orgánicas, no solo las del cuerpo que muere sino también las del espíritu que ve acercarse su final. La mejor asistencia no solo está en los cuidados médicos, sino también en la humanización de la asistencia mediante la creación de un clima de confianza y calor humano donde la persona se sienta reconocida y valorada en su profundidad por su existencia humana concreta.

La Iglesia católica, desde los comienzos, ha apoyado el movimiento de los cuidados paliativos. Dos órdenes religiosas tan emblemáticas como los hermanos de San Juan de Dios y los camilos están comprometidas con este movimiento en todas sus instituciones y son en algunas partes pioneras y punta de lanza en ese cuidado integral. Son las que ponen el corazón en las manos.

Argumentos a favor y en contra de la eutanasia

El tema de la eutanasia y el suicidio asistido es objeto de profundos debates y tensiones, explícitos e implícitos. No hay mucho debate racional sereno sobre el tema ni mucho diálogo, pues la mayoría no están dispuestos a aprender el arte de poder no tener la razón. Aquí pretendo modestamente plantear lo que después de más de una década reflexionando creo que son sencillamente las siete cuestiones fundamentales. Las presento en forma de pregunta para hacer pensar.

1. ¿Es posible abrir un poco la puerta? La pendiente resbaladiza y la prudencia

El argumento afirma que la aceptación de la eutanasia llevaría a ciertos abusos en la realidad y en la ley. No es posible abrir, en el caso de la eutanasia, un poco la puerta. No es tan fácil, en la práctica, separar un uso razonable de ciertos abusos en el contexto del final de la vida. Por eso el único modo de evitar abusos sería no permitirla en ningún caso y prohibir esa conducta. El argumento de la pendiente resbaladiza implica que abrir una excepción puede llevar a otras excepciones semejantes o mayores que implican ciertos riesgos y peligros que no estaban en la primera excepción. No se pueden separar tan fácilmente los casos deseables de los menos deseables. No es, en la realidad, tan sencillo poner límites.

El argumento se funda en que para evitar abusos de la ley (coacciones, presiones) es necesario prohibir la despenalización. Ante esta posición, otros contraargumentan que el mal uso y el abuso de un instrumento no deben deslegitimar el instrumento, y que el paso de una eutanasia voluntaria a una eutanasia involuntaria (que para nosotros no es eutanasia) no es un paso lógico. Pero lo cierto es que, una vez aceptada la eutanasia, la mayoría de la población, de hecho, parece aceptar más fácilmente la ampliación de la práctica eutanásica a otros sujetos. Las Comisiones Remmelink de Holanda hablan de mil muertes anuales involuntarias (0,8 % de las muertes del país) durante muchos años. También se señalan decenas de miles casos de retiradas de tratamiento sin petición del paciente. A estas muertes hay que añadir que, en muchos casos de los intentos de aliviar el sufrimiento que provocaron la muerte, los médicos confesaron que el propósito de la

medicación era también, en todo o en parte, acortar la vida. Por otro lado, otros autores recuerdan que lo cierto es que, en la mitad del millar de muertes involuntarias, el médico conocía la voluntad por la relación con el enfermo, y que en el resto casi siempre se trataba de enfermos inconscientes a los que les quedaban pocos días u horas de vida y que estaban sufriendo grandes dolores. ¿Hay o no pendiente resbaladiza de lo voluntario a lo involuntario?

En la realidad, no en las ideas, se está ampliando la eutanasia a casos no ya por dolor físico, sino por sufrimiento psíquico e incluso existencial. También se está planteando en neonatos y en casos de personas con depresión profunda después de abusos sexuales reiterados sufridos en la infancia o adolescencia que desean morir. ¿Hay o no pendiente resbaladiza en el deslizamiento de un sufrimiento físico en enfermedad irreversible a un sufrimiento psicológico o existencial? En Bélgica, Holanda y Canadá es clara la ampliación en la última década a nuevas situaciones y en el número de solicitudes. En Suiza y en varios estados de Estados Unidos es claro el aumento de solicitudes de suicido asistido aunque no se han ampliado las situaciones.

El profesor Diego Gracia, en su comparecencia el 16 de junio de 1998 en la Comisión del Senado, relaciona «pendiente resbaladiza» con el «principio de prudencia»: «La acción transitiva que se realiza en el cuerpo de otra persona para poner fin a la vida, a mí me parece que es peligrosa porque abre un camino que luego es difícil de parar. Este es el famoso argumento de la pendiente resbaladiza. Esto en ética es importante porque la prudencia es la virtud que intenta prever las consecuencias y evitar decisiones de las que nos podamos arrepentir después. Pero si esto es ética, también es política. Es decir, en política y en legislación, me parece que argumentos como el de la pendiente resbaladiza tienen que ser muy tenidos en cuenta. El tema de la sutil coacción a las personas que ya no tienen una gran autonomía, en el sentido de que son muy dependientes de otras, también habría que tenerlo en cuenta; yo, por lo menos, así lo haría».

2. ¿Cómo afecta una ley de eutanasia a los más vulnerables? Las consecuencias sociales

Aprobar la eutanasia afecta muy negativamente a un gran número de personas vulnerables. La aprobación de una ley de eutanasia ¿nace de la exigencia de un derecho o de una falta de solidaridad previa? La despenalización ¿no incita o provoca la propagación de actitudes y comportamientos socialmente negativos como la insolidaridad, la deshumanización y la mercantilización en el morir?

Algunas personas argumentan que la eutanasia se funda en la consideración debida al sujeto, en la constatación de una existencia insoportable o absurda de modo irreversible y en la decisión seria de un individuo autónomo. El médico está preocupado por los deseos y voluntad del paciente, por establecer una relación de igual a igual, por respetar su punto de vista y su autonomía. No es un acto insolidario, sino de ayuda compasiva.

Pero este argumento presupone un enfoque bilateral entre dos personas autónomas y libres que olvida el factor social. Hay que asegurar que los deseos no se han formado bajo presiones económicas, sociales, culturales, familiares. Los grupos más vulnerables son los que corren más peligro de aceptar una excepción al principio de no matar. El

riesgo es que lo concedido al paciente como derecho se convierta subjetivamente en una obligación ante los problemas económicos y familiares y ante la falta de valoración social de los ancianos y enfermos en situación de vulnerabilidad. El informe del Comité de Ética Médica de la Cámara de los Lores de 31 de enero de 1994 subraya «el temor de que personas vulnerables se sientan obligadas a solicitar la muerte prematura (por presiones reales o imaginarias). El mensaje que la sociedad envía a las personas vulnerables y desfavorecidas no debe ni siquiera indirectamente alentarlas a solicitar la muerte, sino que debe asegurarles nuestra presencia y nuestro apoyo en la vida».

La SECPAL (Sociedad Española de Cuidados Paliativos) dice que la eutanasia supone trasladar un mensaje social a los pacientes más graves e incapacitados, que se pueden ver coaccionados, aunque sea silenciosa e indirectamente, a solicitar un final más rápido, al entender que suponen una carga inútil para sus familias y para la sociedad. La despenalización, no lo olvidemos, se funda en que se piensa que unas vidas se hallan en una situación que es considerada deteriorada. Junto a la proclamación del derecho se hace una distinción previa, colectiva, legalmente establecida entre vida normal y vida deteriorada. Esto implica un juicio público y vinculante sobre la calidad de vida de las personas.

Francesc Abel, SJ, en su comparecencia en el Senado el 16 de febrero de 1999, señaló: «Piensen en otro caso: paciente pobre con severa artrosis, que reduce su movilidad de tal manera que prácticamente le imposibilita la deambulación. Vive en un quinto piso sin ascensor, su esposa falleció hace meses, considera que su vida no tiene sentido y solicita la ayuda a un profesional de la medicina para suicidarse, para el suicidio asistido –que también podríamos llamar homicidio consentido, lo que tendría implicaciones legales distintas– o dimitir de la vida, como algunos lo prefieran llamar. Yo conozco estos casos... Es mejor preguntarnos por qué nosotros no creamos aquellas condiciones sociales que posibiliten una mejor atención para estas personas... Triste es la sociedad que decide eliminar a los pacientes para evitarles sufrimientos causados por problemas de tipo social». Sin duda, ahí está la clave.

Finalmente, hay que tener en cuenta las carencias y limitaciones de nuestro sistema de salud que influirían en la práctica de la eutanasia. Lo estructural afecta a los deseos y sentimientos de los más vulnerables: la masificación de algunos hospitales, la insuficiencia de recursos, la despersonalización de la asistencia, el exceso de trabajo, la contención del gasto, el alto costo del tratamiento, la necesidad de disponer de camas libres, la necesidad de contar con órganos para trasplantes, el deterioro y cansancio del personal sanitario son una realidad. Una mujer viuda que vive sola y con una pensión escasa es muy vulnerable, desde su soledad, a un comentario en los pasillos sobre los costes económicos, en camas, en personal, de su enfermedad. La eutanasia no puede ser un recurso hipócrita y cínico de una sociedad que no sabe atender los problemas sanitarios y permite la muerte de unos individuos que no ha sabido proteger y cuidar con calidad al final de sus vidas. Ante tantos mayores solos es necesario y fundamental promover una mayor solidaridad social en el acompañamiento del final de la vida tanto por parte de un voluntariado como de las familias y profesionales.

3. ¿Cómo afectaría a los médicos? Las consecuencias sobre los médicos

De los siete países donde es legal la eutanasia o el suicidio asistido, solo en Suiza no es realizada por médicos, por el protagonismo indiscutible de cinco asociaciones «sin ánimo de lucro». La eutanasia es practicada frecuentemente por el profesional sanitario, con lo que, a juicio de muchos, quebranta su deber de salvar vidas humanas, plasmado en el juramento hipocrático y en otros códigos deontológicos. La práctica de la eutanasia deteriora y mina los fines de la medicina. Para muchos la profundidad de este argumento se centra no en unas consecuencias últimas (resultados de muerte) ni en unas consecuencias sociales penúltimas, sino en las consecuencias en los profesionales de la salud.

Otros autores defienden que ni la identidad del médico ni su deber ni su misión están afectados por la práctica de la eutanasia. El médico sigue guiando su conducta por el principio de beneficencia, pues busca procurar un bien al paciente, aunque de una manera diferente (contraria) a la habitual, pues supone procurar la cesación de la vida ante el absurdo, lo insoportable e irreversible de la situación, lo cual le lleva a asignar un valor negativo a la existencia.

La cuestión no es tan sencilla como aparece. Autores tan reconocidos como Ten Have y Welie, en su libro de 2005 *Death and medical power*, señalan con claridad cómo en Holanda la eutanasia se basó en la autonomía del paciente, pero de hecho ha supuesto un incremento del poder de los médicos. La necesidad en casi todos los países de supervisión por dos médicos ha hecho que la eutanasia esté controlada por los médicos. Si, además, en algunas situaciones, como en el cáncer, que supone un 70 % de las peticiones de eutanasia, muchos de los pacientes afirman que sus decisiones son raramente autónomas debido a que no poseían suficiente información y son dependientes de los expertos médicos, se incrementa el poder del sistema sanitario y el paternalismo médico. Paradójicamente, muchos individuos sienten que con la aprobación de la eutanasia perderán poder para proteger sus propias vidas. El poder médico se incrementa por la necesidad de información, de aprobación de las solicitudes, de presentación de alternativas, la complejidad de la situación y la tendencia al abandono de los pacientes en el médico.

Por otro lado, también queda afectada la confianza. Para Beauchamp y Childress, las normas que prohíben la muerte de otro ser humano consolidan la relación de confianza entre profesional y paciente. Muchos pacientes al final de la vida, más que pretender elegir autónomamente cada uno de los tratamientos, lo que buscan es poder elegir una persona de confianza con la que poder deliberar y decidir. Con la introducción de la eutanasia existe el peligro de que algunas personas dejen de confiar en los médicos. Algunos pacientes, con cierta razón, piensan que los médicos son representantes de una sociedad y un sistema de salud que debe tener en cuenta las consideraciones económicas en sus tratamientos y alternativas presentadas y que estas consideraciones influirán en su discusión y en la información a los pacientes.

La Sociedad Española de Cuidados Paliativos señala también que tal práctica «puede generar desconfianza hacia los profesionales al entenderse que su aplicación no sería indiferente para la economía de la institución sanitaria y también podría frenar la implicación, tanto científica como asistencial, de algunos profesionales de la salud en la atención a los enfermos sin posibilidad de curación».

La eutanasia modifica la función propia del médico, daña su imagen y deteriora la relación con el paciente. La eutanasia instrumentaliza a la profesión médica sin tener en cuenta el daño irreparable que causaría a la sociedad la transformación de la imagen pública del médico y lo que supone destruir el pacto de confianza con el paciente.

Legalizar la eutanasia no es reconocer el derecho a disponer de uno mismo, sino reconocer a otro el derecho a disponer de mi vida. Esta consideración nos parece muy relevante, pues introduce la importancia del otro en la eutanasia. Se trata de que otro haga algo. En este caso concreto, conlleva otorgar a los médicos una nueva función, un enorme poder: administrar la muerte, aunque sea a petición del paciente.

4. ¿No es prioritaria la mejora de los cuidados paliativos? ¿No es prioritaria para aliviar el dolor y el cuidado en todas sus dimensiones?

Hay deberes preferentes que una sociedad se tiene que plantear antes de despenalizar la eutanasia. La eutanasia no tiene sentido si la causa que la motiva –el dolor, el sufrimiento– puede ser eliminada por otros medios. Si la aplicación de los cuidados paliativos consigue que el dolor deje de ser insoportable, entonces deja de tener fundamento uno de los pilares de la eutanasia. Atender peticiones de morir sin procurar que cambien las condiciones de asistencia a los enfermos terminales y a las personas en situaciones difíciles es un enorme ejercicio de cinismo.

En 2019, en España, 80 000 personas mueren cada año sin los cuidados paliativos, según el *Atlas de los Cuidados Paliativos en Europa 2019*. España registra un estancamiento de los cuidados paliativos en los últimos ocho años, con 0,6 servicios especializados por cada 100 000 habitantes, muy alejados de los 2 puntos recomendados por los organismos internacionales. España está en el puesto 31 de los 51 países europeos analizados. La falta de equidad es manifiesta entre comunidades autónomas y entre el medio rural y el urbano. Además, ni contamos con una especialidad en cuidados paliativos ni con una asignatura obligatoria en las carreras de Medicina, Enfermería, Psicología y Trabajo Social.

El problema, en algunos casos, es eliminar el dolor haciendo perder al sujeto capacidades cognoscitivas, emocionales o de relación. Se elimina el dolor, pero manteniendo al sujeto en un estado de inconsciencia, semiinconsciencia o sopor. Aunque en algunos casos es una cuestión temporal, en otros supone entrar en un estado del que difícilmente se puede salir sin volver a padecer el mismo sufrimiento.

Lo que es cierto es que la despenalización de la eutanasia no anima a los equipos médicos a desplegar fórmulas de imaginación, compasión y humanidad para acompañar al paciente terminal. No los estimula a tomarse todo el tiempo necesario y a buscar alternativas. No parece razonable que en los procedimientos para autorizar una eutanasia o suicidio asistido intervengan personas carentes de una formación amplia en cuidados

paliativos y tratamientos del dolor. No parece legítimo dar autoridad y poder a unos médicos que no saben si se puede acabar con unos sufrimientos insoportables. Además, diversos estudios señalan que las solicitudes de eutanasia y suicidio médica mente asistido en las unidades de cuidados paliativos se reducen considerablemente tras un trabajo asistencial.

La Organización Médica Colegial y la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (declaración *Atención médica al final de la vida* de 2002) afirman que las peticiones de eutanasia «deben ser consideradas generalmente como una demanda de mayor atención y suelen desaparecer cuando se aplican los principios y la práctica de los cuidados paliativos».

Todavía hoy hay que asegurar una alta calidad en los cuidados al final de la vida. Hoy no nos encontramos ante un cuidado óptimo. Demasiados pacientes mueren sufriendo síntomas físicos innecesarios, como dolor, disnea, náuseas o vómitos. Demasiados sufren también depresión, ansiedad y desesperación. Esta percepción de que el proceso de morir es doloroso e indigno es lo que proporciona argumentos para la legalización de la eutanasia. La despenalización de la eutanasia no ayuda a asegurar una alta calidad de los cuidados al final de la vida. La despenalización no termina con dicho proceso doloroso e indigno, pues los casos en que sería aplicable son menos que los casos en que se produce el dolor y la indignidad en el morir. La despenalización no termina con el problema ni es la solución. Hay muchos problemas y mucho dolor que no se resuelven con estas medidas. Hay mucho sufrimiento por sentirse solos y mucho sufrimiento por sentirse una carga económica. Por eso, la cuestión relevante es pensar si no hay un deber prioritario de apoyo comunitario, atención delicada, atención en el hogar, acompañamiento familiar, tratamiento del dolor y ayuda psicológica y social al final de la vida; en fin, de unos cuidados paliativos de calidad.

5. ¿Hay un derecho a disponer de la propia vida? ¿Hay un derecho a morir?

No existe un contenido negativo en el derecho a la vida, es decir, un derecho a disponer de la propia vida o no vivir. Que podamos disponer o que queramos no vivir no convierte esta realidad y este sentimiento en un derecho. Para el Tribunal Constitucional no existe un derecho a morir que forme parte del derecho a la vida. Para el Tribunal Europeo de Derechos Humanos, el derecho a la vida constituye un valor superior del ordenamiento jurídico que no conlleva poder disponer de la propia vida y menos poder reclamar ayuda o intervención de terceros. Hay que distinguir, por lo tanto, dos planos: la libertad individual, donde cabe y puede uno determinar su propia vida, y el plano de los poderes públicos, ante los cuales no cabe demandar un derecho a morir. Son dos cuestiones distintas.

En el plano jurídico-político, tener un derecho nos saca del mero deseo individual o posibilidad personal y nos sitúa en el terreno de lo justo y del nosotros, de los otros. Por eso tener un derecho implica que otros tienen una obligación. Si existiera un título

legítimo para exigir a otro la eliminación de la vida propia, estaríamos imponiéndole paradójicamente un grado de solidaridad que desborda con creces el minimalismo de lo jurídico. Reconocer un derecho a morir implica imponer a otra persona una obligación quizás excesiva.

Además, la prohibición de matar es un principio esencial. Se considera la piedra angular del derecho y de las relaciones sociales en todas las tradiciones religiosas y culturales de nuestra humanidad donde existe el mandato moral de «no matar». El derecho a la vida es el primero de los derechos fundamentales, dado que el bien tutelado es la condición de posibilidad de los demás. Es anterior a los otros derechos y goza de un valor superior. Como afirma nuestro Tribunal Constitucional (STC 120/1990 de 27 de junio), el derecho a la vida «tiene un contenido de protección positiva que impide configurarlo como un derecho de libertad que incluya el derecho a la propia muerte».

6. ¿Es tan autónomo el sujeto en la realidad?

El deseo de morir ¿es una elección personal o fruto y consecuencia de muchas circunstancias sociales, económicas, familiares, culturales? Muchos cuestionan la autenticidad del deseo de morir de una persona con una enfermedad irreversible. La situación es tan especial que es incapaz de tomar decisiones autónomas de modo pleno. Su deseo de morir manifiesta en muchas ocasiones algo que realmente no desea. Por eso es fundamental interpretar sus manifestaciones de modo adecuado y nunca de modo literal. Los deseos y «súplicas de los enfermos no deben ser entendidas como expresión de una verdadera voluntad de eutanasia; estas, en efecto, son casi siempre peticiones angustiadas de asistencia y de afecto» señala *Iura et bona*. Por eso, «además de los cuidados médicos, lo que necesita el enfermo es el amor, el calor humano y sobrenatural, con el que pueden y deben rodearlo todos aquellos que está cercanos, padres e hijos, médicos y enfermeros». Detrás del deseo de morir, en muchas ocasiones lo que hay es un deseo de vivir de otra forma.

Son muchos los autores que reconocen que la autonomía o la verdadera y auténtica determinación es el núcleo del problema. De ahí lo importante que es determinar el grado a partir del cual podemos decir que la decisión y la manifestación de un sujeto no parecen guiadas por el autogobierno. Varios factores son claros y afectan a la autonomía: la situación suele ser difícil, se necesita manejar mucha información y a veces es complicada (pensemos en la enfermedad del cáncer, donde los enfermos tienden a abandonarse en las decisiones de los médicos); suele haber muchos intereses en juego (camas, gasto, intereses familiares); el contexto puede ser muy emotivo y el individuo puede verse sometido a coacciones o a una gran tensión. Las presiones directas o indirectas son claras. Más de un 50 % de los gastos médicos en los países desarrollados se ocasionan en los últimos seis meses de vida (¿no es una tentación en algunos casos poder recortar algunos gastos por aquí?). ¿No se sienten muchos enfermos una carga social y económica para la sociedad? ¿No escuchan por los pasillos comentarios que les

hacen sentirse inservibles y trastos viejos que lo mejor que pueden hacer es dejar este mundo?

Un especialista como Theo Boer señala que el 20 % de los que solicitan la eutanasia están influidos por familiares. Los cuidados de larga duración de los familiares suelen conllevar en los cuidadores sobrecarga y depresión, muchas veces incluso maltratos y violencia. A veces, presiones, sutiles coacciones para acabar con una situación que no es fácil y se prolonga mucho tiempo. Aunque no hay que descartar que algunos sujetos sean capaces de tomar decisiones racionales en estos difíciles contextos con serenidad y sin presiones, tenemos que reconocer los fuertes condicionamientos culturales, económicos, sociales, familiares y psicológicos que moldean este deseo de morir.

El deseo de morir viene impuesto por unas condiciones muy adversas que impiden autogobernarse, interpretar lo que el sujeto realmente desea. La petición quiere decir, en el fondo, que desea vivir dignamente y sin dolor y angustia hasta el momento de su muerte. El ambiente hospitalario, además, puede, a veces, despojar al individuo de su personalidad provocando una fuerte pérdida de contactos sociales, un enorme sufrimiento emocional, una cosificación, y frecuentemente el enfermo cae en toda una serie de creencias irracionales donde se hace muy difícil un nivel alto de racionalidad en el juicio.

E. Kübler-Ross ya afirmó cómo la proximidad de la muerte produce un profundo cambio emocional que les hace perder tanto su capacidad física para defenderse de la muerte como muchas de sus defensas psicológicas. Este cambio les hace atravesar diversas fases (negación, rebelión, ira, depresión, aceptación), en algunas de las cuales, como la ira o la depresión, los moribundos expresan su deseo de morir, y donde se hace evidente la limitación de la autonomía en estos momentos.

Además, si aceptamos que el 70 % de las muertes por eutanasia y suicidio asistido en el mundo son de enfermos de cáncer, tenemos que reconocer varios datos que son incontestables: durante el primer año después de la noticia de tener cáncer, el riesgo de suicidio es 2,5 mayor que en la población general. Los riesgos de petición de eutanasia en pacientes con cáncer terminal deprimidos es 4,1 veces mayor que en los pacientes sin depresión.

La decisión, en muchas ocasiones, está viciada por numerosos factores internos y externos: sufrimiento, cercanía de la muerte, angustia, sentirse una carga, ambiente hospitalario, falta de relaciones, depresión, etc. Por eso, no es fácil interpretar el deseo en circunstancias adversas, aunque tampoco podemos afirmar tajantemente que todos caen en la irracionalidad.

Finalmente, es muy significativo que, en los pocos países donde están permitidos la eutanasia y el suicidio asistido (Holanda –3,5 %–, Canadá –prácticamente inexistente–), la realidad es que más del 90 % optan por la eutanasia. Esto es un ejemplo de que las personas prefieren ponerse en manos de otro a ejercer autónomamente una acción con ayuda.

Lo importante no es apoyar un tipo de decisión al final de la vida, sino verdaderamente comprometerse por potenciar y capacitar a unos sujetos en una situación

de vulnerabilidad. La autonomía es mucho más que decidir cómo y cuándo morir. Lo que otorga dignidad al morir (Chochinov, Kraemer, Noda, Kass) son muchos factores que muchas veces no tenemos en cuenta: participación en las decisiones, sentirse parte de una comunidad, estar rodeado de familia y amigos, tener relaciones plenas, morir en un medio seguro y tranquilo, satisfacción espiritual y existencial, tratamiento y cuidado dignificados, tratamiento del dolor, identidad, privacidad, respeto.

7. ¿No hay en el fondo un miedo de afrontar serenamente la muerte y la ancianidad?

Nuestras sociedades tienen dificultad para afrontar seria y públicamente los temas de la muerte y la ancianidad. La muerte es ignorada y escondida, es algo obsceno en esta sociedad del espectáculo, que siempre la presenta como accidente o suceso, como algo virtual, algo lejano. Nuestra cultura hedonista oculta la muerte y presenta solo lo joven y bello en los medios. Lo envejecido y lo deteriorado no son bellos, no son noticia, no son visitados. También la muerte se ha desplazado de los hogares a los tanatorios, esos lugares funcionales y apartados donde se la maquilla y se la puede ir a visitar un instante. La cultura de la satisfacción hace que nuestros ideales blandos soporten mal el dolor y que todo lo que rodea a la muerte tenga que ser maquillado: los cementerios en forma de parques, la música alegre, el sermón corto, el cadáver tapado o bien presentado. Los símbolos tradicionales de esperanza se han roto y se han sustituido por vagas expresiones de difusas creencias en algo por medio de flores, pétalos, canciones o fotos. Todos nos sentimos un poco desarmados ante la muerte cercana y de los cercanos. Por eso, a pesar de que tenemos más años de vida, a pesar de gozar muchos años como mayores, estamos cada vez más incapacitados culturalmente para pensar y vivir la muerte, para aceptar la limitación.

Esta dificultad para cerrar la última puerta no puede separarse de la discusión sobre la eutanasia. Miguel Delibes dijo unos pocos años antes de morir: «Doy mi vida por vivida». Es necesario aprender la sabiduría del límite, poner límites que sirvan para contar nuestros días y hacer que cuenten. Los límites dan realismo, hablan de fronteras en la vida y obligan a encarar la finitud de la existencia. Aceptar los límites es duro, pero es el primer paso para el autoconocimiento.

El problema es que hoy carecemos de una mirada profunda y penetrante del lugar de los mayores y enfermos en la sociedad, de un discurso público sobre el envejecer y el morir. No tenemos un lenguaje dentro de la comunidad para hablar de estos asuntos. La decadencia vital es un enemigo al que combatir, y la muerte un gran tabú sobre el que nadie quiere hablar.

Para algunos hay una tarea cultural prioritaria que es mucho más amplia que la eutanasia. Esta tarea implica ayudar a saber envejecer en plenitud, a saber ser dependientes, apoyar la autonomía de las personas, cuidar cuando ya no se puede curar, saber vivir hasta el final y saber morir, saber poner límites y luchar con los límites en la

enfermedad, saber vivir en positivo la soledad y saber estar con otros hasta el último suspiro. Saber morir es algo más amplio que elegir un modo de terminar la vida. Saber morir es afrontar con lucidez el final y superar ese límite cultural que convierte la muerte en un tabú y el envejecer en una lacra que combatir. Es necesario cambiar el imaginario cultural y, sobre todo, el modo de vivir y vivirse los últimos años de vida.

Conclusiones

La realidad es siempre mucho más compleja y matizada de lo que aquí aparece. En otras publicaciones la he tratado con mayor amplitud y rigor y en diálogo con una amplia bibliografía (Torre, 2019). Mi intención en este capítulo es proponer un mapa, una descripción, de los argumentos y preguntas más relevantes que están en juego. ¿Es posible una regulación sin que se produzcan deslizamientos hacia casos no deseables o ampliaciones a un número cada vez mayor de casos? ¿Cuáles son las consecuencias para los más vulnerables de la sociedad? ¿Y para la profesión médica? ¿No hay un deber prioritario de proporcionar en nuestra situación actual de deterioro de los sistemas sanitarios unos cuidados paliativos de calidad que alcancen a todos? ¿Es posible hablar de un derecho en este ámbito? ¿Se alivia suficientemente el dolor en todos los casos? ¿Son los deseos de morir verdaderamente autónomos? ¿Por qué no se aborda el tema desde una perspectiva cultural en un contexto de tabú de la muerte y marginación de los mayores? ¿No hay un profundo miedo a la soledad y a ser una carga para las familias, la sociedad, la economía? ¿No hay un profundo temor a perder el control y cierta desconfianza respecto a los otros, la familia, la sociedad y el sistema sanitario al final de la vida?

La eutanasia en otras tradiciones religiosas

Nuestras sociedades occidentales son crecientemente multiculturales y multirreligiosas. Por eso es necesario comprender el legado moral de las diversas tradiciones religiosas, traducirlo y reinterpretarlo secularmente y buscar unos criterios morales compartidos desde esas tradiciones religiosas plurales para elevar y enriquecer los mínimos de la ética civil. Conocer lo que piensan otras tradiciones religiosas sobre la eutanasia es un cauce para conocer mejor a los otros creyentes y un primer paso para poder plantear acuerdos interreligiosos que enriquezcan nuestras sociedades pluralistas. Para muchos ciudadanos la religión es fuente primaria de sentido y fundamento de sus valores morales, y no podemos ignorar lo que las diversas tradiciones religiosas dicen sobre la eutanasia. El 80 % de nuestro planeta sigue teniendo creencias religiosas.

1. Tradición judía

Para el judío, el valor de la vida es infinito y, lógicamente, una parte de la vida tiene también un valor infinito. Si uno niega el valor a la vida humana por la cercanía de la muerte, destruye el valor absoluto de la vida y le da un valor relativo. Acortar un poco la vida de un paciente moribundo es destrozar el infinito valor de la vida humana y, al acortarla, no hay diferencia con matar un individuo sano.

Este respeto a la vida en toda circunstancia es tan esencial que se ha de posponer el cumplimiento de cualquier deber religioso ante la posibilidad de prolongar una vida, aunque solo sea unos instantes. La Torá permite, cuando está en juego una vida, transgredir las reglas del *sabbat*. Se debe hacer todo lo posible para prolongar la vida. La decisión no puede basarse en el costo de la vida (económico, familiar), pues el judaísmo mantiene el infinito valor de la vida humana y cualquier fracción de vida tiene igualmente infinito valor.

El Talmud declara: «Uno que está en una enfermedad de muerte (*gosés*) es considerado una persona viva en todos los aspectos». Esta regla es reiterada por todos.

La Misná afirma que no se puede acelerar la muerte de un moribundo cerrando sus ojos. El Código de Maimónides (s. XII) constata que uno que está muriendo es

considerado como una persona viva en todos los aspectos. Por eso no es permitido cerrar su boca, situar un vaso sobre su ombligo para prevenir olores ni poner sal o arena sobre él hasta que no expire. El que lo toca es culpable de derramar sangre. El que cierra los ojos de una persona moribunda mientras el alma está partiendo está derramando sangre. Hay en el judaísmo un escrupuloso respeto por no acelerar la muerte. Esta actitud la podemos ver reflejada en muchos rabíes.

Rabí Solomon B. Freehof dirá con claridad: «No se puede hacer nada positivo para acelerar la muerte».

Rabí Joseph Karo afirma que no se puede ni mover la almohada de la cabeza del paciente. La regla es que cualquier acto en relación con la muerte debe dejarse hasta que el alma ha partido. Por eso no están solo prohibidos determinados actos físicos, sino también proporcionar un ataúd o preparar una tumba o relatar cosas que el paciente oiga. Incluso el estrés psicológico es prohibido.

Rabí Moses Isserles señala que si hay algo que causa un obstáculo para la partida del alma, tal como un ruido de golpes cerca de la casa del paciente, como cuando se parte leña, o si hay sal en la lengua del paciente, es permisible removerlo de allí porque no hay acción envuelta en eso, sino solo remover el impedimento. Por eso hoy la mayoría acepta la interrupción de las medidas de soporte vital cuando se convierten en impedimentos para la muerte del enfermo terminal.

Rabí Eliezer Yehudah Waldenberg dice que el médico está obligado a hacer todo lo posible para salvar la vida, incluso aunque se viva un periodo breve de tiempo e incluso si se está sufriendo enormemente. Al enfermo terminal se le pueden dar narcóticos o analgésicos aun a riesgo de acelerar su muerte, pero siempre que no sean con ese fin. Hay que preservar la vida del que tiene posibilidades de vida o una enfermedad reversible. En estos casos es necesaria la resucitación. Uno no está obligado a iniciar esfuerzos de resucitación si es obvio que el paciente es terminal y no tiene ninguna oportunidad de recuperación. Si no está claro si el respirador está manteniendo vivo al paciente o solo ventilando, el respirador debe ser mantenido. Las transfusiones de sangre, el oxígeno, los antibióticos, los fluidos intravenosos, la nutrición y las medicaciones para aliviar el dolor deben ser mantenidos hasta el final.

Rabí Nathan Friedman afirma que la eutanasia está prohibida como acto de homicidio aun cuando el paciente la pida incluso con grandes dolores, incluso si llora y pide que no le ayudes y le dejes morir.

Rabí Moshe Hershler dice que negar alimento o medicamentos a un paciente terminal para que muera es homicidio. Lo mismo sucede si negamos un respirador artificial, aunque acorte la vida. Debe tomarse toda medida para preservar, aunque sean unos pocos momentos de vida. Si el paciente en coma no tiene esperanza, no se está obligado a prolongar la vida o los tratamientos de resucitación.

Rabí Moshe Isserles señala que está prohibido acelerar la muerte, por ejemplo, en el caso de alguien que ha sido gosés durante un largo tiempo. Pero si hay algo que causa un retraso en la muerte, está permitido removerlo. No es un acto, sino quitar lo que impide la muerte.

Para la ley tradicional judía, la eutanasia, acelerar la muerte, es como un homicidio. Si se la provoca el enfermo, se considera suicido. Pero la ley autoriza y a veces incluso declara obligatoria la retirada de cualquier factor, presente en el cuerpo del paciente o exterior a él, capaz de retrasar, en el enfermo terminal, la fase final de esta vida (textos tradicionales del ruido de leña y la sal de la lengua del agonizante). En ciertas circunstancias se pueden interrumpir algunos de los métodos excepcionales, llamados heroicos, empleados para prolongar artificialmente la vida. Esta excepción solo es aplicable a casos de muerte inminente.

Para muchos judíos, deben realizarse todos los procedimientos para sostener al paciente (comida, antibióticos, oxígeno, sangre). Pero, para otros, es tolerable la retirada de medicaciones y máquinas (medios no naturales) que solo prolongan su agonía. No hay obligación de mantener la vida de un paciente en coma permanente sin perspectiva de recuperación por tratamiento médico o provisión de comida. Casi todos coinciden en que no se necesita reanimar a un paciente terminal cuya parada respiratoria o de corazón sucede en el curso natural de los acontecimientos. Tampoco tienen sentido más intervenciones para prolongar un final inevitable.

Los analgésicos pueden ser suministrados, incluso con el riesgo que acorten posiblemente la vida del paciente, si el propósito es insensibilizar a un dolor agudo.

Los médicos no tienen obligación de forzar a vivir unos pocos días u horas más. Un ejemplo es la muerte del rabí Judah, que estaba muriendo entre grandes sufrimientos. Los rabinos insistían en rezar continuamente para que viviese un poco más, pero una criada arrojó un jarrón de arena desde el tejado en medio de los que oraban para detener sus oraciones. Por eso, igual que un hombre tiene derecho a la vida, también viene un tiempo en que tiene derecho a morir.

La práctica de la eutanasia es contraria a las enseñanzas de todas las ramas del judaísmo. Un texto central es la muerte de Saúl (1 Sm 31,1-6 y 2 Sm 1,5-10). Saúl, en la batalla, es herido gravemente y pide a su escudero que le atraviese para que los filisteos no abusen de él. El escudero no quiere y Saúl toma la espada y se deja caer sobre ella. 2 Sm cuenta cómo un amalecita lo remata, pues no acaba de morir. Muchos rabinos piensan que estaba mortalmente herido y pide al amalecita que acorte su muerte.

Cualquier acto que acorte la muerte del paciente es equiparado con el asesinato en la ley judía, aunque la muerte se acorte un solo momento. Ninguna buena intención puede llevar a cometer un acto de eutanasia. Ni incluso aunque sufra enormemente sin esperanza de cura, ni aunque lo pida, ni en el momento de agonía cabe acelerar la muerte (aunque pueden utilizarse medicamentos para aliviar el dolor, pero no para acortar la vida). Se castiga como homicidio. El médico no puede emplear procedimientos que puedan potencialmente acortar la vida del paciente. No puede aplicar una terapia experimental. En los casos complejos tiene que consultar con una autoridad rabínica. El Talmud compara al moribundo con una vela que se está consumiendo y a punto de apagarse. Si un hombre la toca con un dedo, se apagará enseguida.

2. Islam

El Corán constituye la fuente de fe y valores en todas las áreas de la vida en el islam. Para el libro sagrado, Alá es el único que decide la vida y la muerte. Dios es el creador de todo (6, 102). Todo dolor y sufrimiento sirve para mejorar nuestras actitudes personales. Al confrontarse con el dolor, el musulmán sabe que está implicada la voluntad de Dios, sea directamente, causando la enfermedad, o indirectamente, porque la permite. El dolor y la enfermedad muestran que la totalidad de la creación ha sido alterada, porque Dios castiga al que actúa mal o porque los hombres deben sufrir directamente las consecuencias del pecado. Hay una sumisión a la voluntad divina, y la misericordia no es razón para quitar la vida. Para el pensamiento islámico, el dolor y el sufrimiento tienen una parte en la reducción del pecado, y la muerte ocurre conforme a la voluntad divina. La muerte ocurre, se lleva sin quejas, sin protestas y sin dudas. Cuando un largo dolor continúa durante un largo periodo de tiempo, se ve como expresión de la voluntad divina.

El momento individual de la muerte es ordenado. El nacimiento y la muerte han sido ya registrados. La eutanasia constituye una interferencia con los planes divinos. La sura 17 del Corán nos recuerda que, cuando Mahoma fue llevado al cuarto cielo, encontró al ángel de la muerte y le preguntó: «¿Cómo tomas la vida de una persona?». El ángel respondió: «Hay un gran árbol que representa todos los seres humanos del universo, con un nombre escrito en cada una de las hojas. Cuarenta días antes de la muerte de una persona, el color de la hoja pasa a ser marrón, y al tiempo de la muerte la hoja caerá al suelo». Por eso se excluye la eutanasia. En el Corán está la base del rechazo a la eutanasia.

El dolor y el sufrimiento son una parte de la reducción del pecado en el pensamiento islámico. Por eso, acabar con el sufrimiento interfiere con la expiación del pecado. Así, podemos consolarnos con la esperanza de que el sufrimiento tiene un efecto purificador en el alma y en su preparación para el descanso eterno en el paraíso.

Para la Declaración Islámica Universal de Derechos Humanos (1981), la vida humana es sagrada e inviolable y debe protegerse con todos los esfuerzos necesarios. Tras la muerte, como en la vida, la sacralidad del cuerpo de una persona es inviolable. Los creyentes están obligados a vigilar que se trate con la solemnidad requerida el cuerpo de la persona.

El Corán castiga severamente el homicidio, pues la vida es sagrada, protegida y respetada: «Prescribimos a los Hijos de Israel que quien matare a una persona que no hubiera matado a nadie ni corrompido la tierra, fuera como si hubiera matado a toda la Humanidad» (Corán 5,32). El Corán prohíbe quitar la vida del musulmán: «No matéis» (4,29). Este mandato es interpretado también contra el suicidio y la eutanasia. El ser humano no es dueño de la vida y no puede ponerle fin ni pedir a otra persona que se la quite.

En la teología islámica, el cuerpo no es propiedad de nadie, nadie es libre de hacer con él lo que desee y menos de matarlo. Por eso la ley islámica prohíbe el suicidio e

incluso rezar para que venga la muerte. Solo Dios puede decidir la duración de la vida y cuándo terminará. El que comete suicidio desatiende sus obligaciones para con sus parientes. El que quiere liberarse de sus dolores desea liberar a sus familiares de la carga de atender a una persona en cama. Para el islam, el suicidio es equivalente a matar a otro. Para la ley islámica, Dios es el creador, y la persona no es dueña de su propia vida. El único camino es esperar en el camino de Alá. Solo cabe la figura del mártir que muere por la familia, por el país y por Alá.

En el Medievo, la mayoría de las personas heridas en batallas, desangradas y llenas de dolor, elegían terminar con su vida de manera artificial. Unos se apuñalaban hasta la muerte con su propia daga, otros con una de sus flechas. Para la ley islámica, el castigo por el suicidio para escapar al sufrimiento es que en el infierno perdurará el sufrimiento causado por el mismo instrumento o medio que se usó en la tierra para terminar con su vida (espada, veneno, etc.).

La ley islámica reconoce como legítimo el deseo de morir por una situación religiosamente insostenible o para defender la propia religión. Pero el dolor físico no justifica el deseo de morir, pues la vida no está libre de dolor. Si el dolor justificara matar, los ancianos y los que no proporcionan muchos beneficios a la sociedad serían eliminados. Esto es impensable para el Corán, para el cual los necesitados, pobres y enfermos nunca deben ser abandonados.

La eutanasia de un enfermo terminal está prohibida por la ley islámica porque desprecia la capacidad de Alá de hacer milagros y porque interfiere en la voluntad divina sobre la vida y la muerte. Se apela a que algunos a veces se recuperan. Pero la ley islámica mantiene que los equipos médicos son responsables de mantener el proceso de la vida, no de la muerte. Cuando un médico termina con una vida está utilizando la medicina para el propósito contrario de aquel para el que ha sido creada por Dios. Es una ofensa contra él.

Para evitar los intereses económicos de los parientes en la muerte, la ley islámica afirma que ningún asesino puede heredar. Incluso en caso de homicidio involuntario se pierde toda parte en el legado. Se intenta remover hasta la más ligera sospecha de que el motivo es el legado. Por eso no importan los costes para mantener a los pacientes en estado vegetativo.

La participación indirecta (obligar a otro a matar a un tercero) en una muerte es equiparada con la muerte, al menos en la consideración del debido castigo. Por eso son culpables del mismo crimen los médicos que opinan a favor de la eutanasia y desconectan las máquinas que mantienen con vida y los familiares que firman papeles autorizándola.

La prolongación de la vida es positiva para el Corán. La vida es un medio para «el servicio de Dios», para las buenas obras. El Corán declara que la ancianidad es la «peor parte de la vida» porque el anciano se vuelve olvidadizo y tonto (16,70; 22,5), se vuelve como un niño, dependiente, y su mente degenera progresivamente. Por esta razón debe preferirse la calidad de vida a la cantidad de vida. Así, el Corán debe desaprobar la prolongación de la vida por medio de un respirador artificial.

En el islam no se acepta la eutanasia por misericordia. Se considera asesinato. Para la ley islámica, es obligatorio el tratamiento si ayuda a la curación. Pero no se recomienda prolongar el dolor y la enfermedad. Por eso está permitido legalmente retirar al paciente los medios artificiales.

3. Budismo

La enfermedad terminal es la expiación de una deuda kármica. Si el proceso es interrumpido por el médico u otra persona, el paciente deberá enfrentarse con esa deuda en la vida futura. Dado que es muy difícil obtener una vida humana en el proceso de reencarnación, una vida a la que se haya puesto fin prematuramente por la eutanasia tendrá que expiar su karma en una existencia menos favorable. Es mejor afrontar ahora las consecuencias de la vida pasada con los maestros espirituales, familiares y profesionales de la salud. En la hora de la muerte, la consecuencia kármica no agotada se transfiere a la siguiente etapa, al karma acumulado, sea bueno o malo. El proceso se describe mediante muchas metáforas: la de una llama que pasa de una vela a otra, la de un sello impreso en la cera...

Esto no impide la compasión para aliviar el dolor, la escucha y el consejo. El médico debe aliviar los dolores, pero no interferir con la eutanasia en el proceso kármico de la persona.

Dos de los diez preceptos del budismo se refieren a la eutanasia: no matar ninguna vida y no utilizar drogas que confundan o estrechen la mente. Por eso, si el dolor llega a ser intenso, hay que aliviárselo con drogas que no provoquen la inconsciencia. El estado de la mente en el momento de la última respiración es crucial. Se recomienda leer *El corazón de la perfecta sabiduría* a la persona moribunda como parte del cuidado terminal para calmar la mente y para crear una atmósfera serena.

La actitud respecto a la eutanasia depende del concepto de qué es la vida. En el budismo la vida no termina con la muerte física, sino que continúa existiendo a través de la eternidad. Para el budismo toda vida es infinitamente preciosa, porque tiene la naturaleza innata del buda o el potencial de alcanzar la budeidad. La práctica budista pretende manifestar y plenificar esta naturaleza de buda. La posibilidad de mejorar el karma de uno está en la vida de uno. La muerte no es la solución final al problema del sufrimiento. La solución es tener coraje para cambiar el karma propio por uno mejor.

Para el budismo, no se puede intervenir directamente para suprimir una vida, no se puede alargar innecesariamente (encarnizamiento terapéutico) con medios artificiales, pero sí se puede tratar de paliar el sufrimiento inútil. Dejar morir en paz es moral en la medida en que es una forma de no acción en la que la naturaleza sigue su curso sin intervención ninguna. Pero el suicidio no es una salida moral al drama de la existencia, sino un modo momentáneo de resolverlo, pues la lógica de la circularidad no desaparece, y nace una nueva existencia. La liberación pasa por la compasión y el vaciamiento del yo.

Se rechaza mayoritariamente la eutanasia, aunque hay excepciones. El móvil de la compasión puede tener varias consecuencias prácticas. Caben distintas interpretaciones del «morir dignamente» y de la virtud de la compasión que proporcionan el sentido moral a la acción. Si la finalidad de la eutanasia es compadecerse y mitigar el sufrimiento ajeno, el acto será ilegítimo.

4. Hinduismo

En la tradición clásica hindú, cuando un ser humano ha cumplido su finalidad en la vida –por ejemplo, desarrollar sus funciones requeridas, criar su familia– y no tiene obligaciones directas, es hora de que se retire. No se espera que muera, pero él se retira de la vida. Muchos se van a las montañas, al bosque. El hombre se eclipsa a sí mismo cuando alcanza cierto nivel de madurez espiritual, y busca la autoliberación.

Pero estos suicidios solo se aceptan en el caso de los ancianos en un contexto religioso (a diferencia de los debates occidentales). No se hace referencia en contextos médicos ni como algo patológico (a diferencia de Occidente) a los suicidios religiosos de ascetas y peregrinos ni a la autoinmolación de una viuda en la pira del funeral de su marido.

Cada uno debe morir cuando el cuerpo se haya gastado y se haya pagado la deuda del karma. Una muerte prematura, por el contrario, supone que la deuda no ha sido pagada y se transmite a la vida futura. Se debe permitir al enfermo morir en paz, ya que la vida mantenida artificial o mecánicamente es de poco valor. Pero quitar activamente la vida iría contra el *dharma*, interrumpiendo la obra del karma en la vida de un paciente. La eutanasia produce un karma negativo en el paciente y en el médico que la practica.

El hinduismo cree en la transmigración, en los renacimientos sucesivos, en el peso de las sucesivas vidas sobre los hombros humanos. Todo ser que nace tiene una muerte cierta y todo el que muere tiene un nacimiento cierto. Y si es inevitable, no debemos entristecernos.

La meta es la liberación, caracterizada como cesación definitiva de la serie ilimitada. Se trata de no volver a renacer, escapar un día de una vez por todas del encadenamiento perpetuo, de la esclavitud de las reencarnaciones. La liberación última es la superación de la dualidad yo-tú y vida-muerte.

La muerte no es el final absoluto de la vida, sino de la vida individual. La muerte es la muerte del cuerpo, no la descomposición de la vida. El respeto a la vida es algo sagrado, pues la vida es manifestación del único Dios inefable, Brahma. Toda vida debe respetarse, pues es expresión microcósmica del alma del mundo, de la fuente de la realidad. Sin embargo, la vida individual, provisional y precaria, está desgarrada por el principio de individuación de su raíz, de su matriz, que es la unidad originaria. La individuación es una ruptura, una fractura dramática que requiere una liberación de la individualidad y la circularidad del eterno retorno de nacimientos y muertes.

En algunos autores pueden descubrirse tres argumentos a favor de la moralidad de la

eutanasia según la ética hinduista:

1. En el hinduismo la forma de morir no es insustancial, pues una mala muerte puede ser el origen de un mal nacimiento. Se exige una buena muerte (buenos pensamientos y deseos), pues la vida ulterior es una retribución de la vida presente y por eso es necesario terminar bien la vida. Practicar la eutanasia no resulta, de entrada, negativo, pues morir es un eslabón más en la cadena infinita de superaciones que debe vivir el espíritu hasta su reconciliación-fusión con el Espíritu único.
2. El hombre que ha llevado un proceso de renuncia, negación del yo, pérdida de la individualidad, para reconocerse en lo ajeno, en la naturaleza, en el todo, está en el camino de la liberación. Por eso, renunciar a la vida individual, liberarse del peso de la individuación, no es negativo, mientras que la obsesión por ser, por existir concretamente en una determinada figura, es completamente negativa.
3. El cuerpo no es elemento configurador de la identidad personal, sino algo tangencial y accidental del ser humano. La muerte individual solo significa, al fin y al cabo, la muerte de un cuerpo, porque el espíritu (*atman*) del ser humano es indestructible. La muerte es una prefiguración de la liberación final y un punto crítico de la descomposición del agregado cuerpo-espíritu. Lo importante es lo invisible.

Conclusiones

Varias cuestiones quedan claras después de este recorrido.

La primera conclusión es la necesidad de precisar el concepto de eutanasia y la importancia de optar por un concepto descriptivo que permita separar las diversas prácticas en torno a una muerte que cada vez viene por más diversos y complejos caminos.

La segunda es que la historia nos enseña que el concepto de eutanasia ha sido usado con diversos sentidos y con diversos adjetivos y con diversos prefijos. Hoy es deseable pensar la eutanasia desnudamente y con más claridad y precisión.

La tercera es que no se puede pensar el tema de la eutanasia sin ser conscientes de que culturalmente vivimos la muerte como tabú, de que intentamos desplazar el envejecimiento y de que culturalmente tenemos dificultades para asumir la dependencia, la pasividad y el dolor. La eutanasia está vinculada culturalmente a la valoración de los mayores, la enfermedad, el bienestar, el dolor y el sufrimiento, etc.

La cuarta es que solo en seis países y en algunas partes de un par de países (Estados Unidos y Australia) están admitidos la eutanasia y el suicidio asistido. Más de 190 países rechazan la eutanasia y el suicidio asistido. Hay un cierto contexto cultural donde se concentran los países que los aprueban: el ámbito anglosajón y los Países Bajos.

La quinta conclusión es que en España se han producido enormes cambios en muchos de los agentes que participan directamente en los asuntos del final de la vida. Ni nuestros médicos, enfermos, mayores, políticos, jueces y ciudadanos son los mismos que hace treinta años. Nuestro sistema sanitario no es el mismo, nuestra pirámide de población, las relaciones familiares, la vivencia de la comunidad y la soledad no son las mismas. El tema está planteado, pero no hay una ley lógica en la historia ni una ley de progreso por la cual estemos destinados tarde o temprano a aceptar un cambio legislativo. Dependerá de un debate social hondo entre todos que ahora no se está dando. No hay hoy una deliberación serena y honda sobre esta cuestión.

La sexta es que la tradición cristiana ofrece desde hace siglos una luminosa orientación llena de prudencia, humanismo y compasión. Aliviar el dolor, atender a los cuidados ordinarios/pro proporcionados y aprender a dejar morir en paz han sido tres ejes que han permanecido durante siglos. La cercanía amplia a los enfermos al final de la vida reconociéndoles su dignidad y tratándolos con respeto y ternura ha sido uno de sus signos. Estas orientaciones son una propuesta que se presenta con humildad y con humanidad en nuestra esfera pública sin imposiciones, sin orgullos, sin dar lecciones.

La séptima conclusión plantea los principales argumentos para rechazar la eutanasia: la pendiente resbaladiza, las consecuencias para los más vulnerables, las consecuencias para los médicos, la preferencia por los cuidados paliativos, la apuesta por fortalecer las condiciones sociales y económicas que aumentan la autonomía del enfermo, la defensa del derecho a la vida y el apoyo a la cultura del cuidado y del encuentro son cuestiones esenciales que no pueden dejarse de pensar en el debate.

La octava conclusión es que la mirada de otras tradiciones religiosas es diferente de la cristiana. Sin embargo, el tronco común que forman las religiones monoteístas (judía, cristiana y musulmana) afirma con claridad el respeto a la vida, el dejar morir y el rechazo a la eutanasia.

La novena conclusión es que la eutanasia y el suicidio asistido no son prioritariamente un tema, una doctrina, un problema, una teoría sino un asunto que afecta a personas vulnerables de carne y hueso que viven a nuestro lado, con sufrimiento en su etapa final de la vida, y en las que, más que hablar de leyes, lo importante es cuidarlas bien. Lo importante no son las teorías, doctrinas y argumentos, sino el cuidado, la escucha y el acompañamiento al final de la vida.

Finalmente, solo queda decir que en estas páginas únicamente hemos intentado ayudar y clarificar. Si en alguna cuestión es esencial hacer alguna corrección, pues somos falibles y limitados, estamos abiertos a ello. Este es un libro abierto a la conversación con muchos. Seguro que hay muchas reformulaciones que hacer. El deseo de claridad, sin embargo, no está reñido con el reconocimiento de que en todo no hay certezas pétreas, sino que en muchos asuntos hay espacios de penumbra y de duda ante muchas situaciones dramáticas. Es muy difícil mantener un discurso redondo en mitad de las fracturas y grietas de la fragilidad.

Hace unos pocos años escribí un libro desde el corazón. Lo titulé *Pensar y sentir la muerte*. Allí recogí muchos textos de pensadores, poetas, santos, filósofos, dramaturgos, etc. Quiero acabar con el que, a mi juicio, mejor sintetiza el fondo de lo aquí tratado. Son unos versos de Rilke (1875-1936) en su *Libro de las horas*:

«Pues lo que hace extraño y penoso el morir
es que no es nuestra muerte;
es una que nos toma al final,
ya que no supimos madurar ninguna.

Por eso viene un ciclo y a todos nos barre [...]

Da, Señor, a cada cual su propia muerte,
el morir que sale de cada vida,
donde el hombre tuvo amor, sentido y pena».

Referencias bibliográficas

- ARIÈS, P. (2000), *Historia de la muerte en Occidente*, El Acantilado, Barcelona.
- CAAMAÑO, J. M. (2013), *La eutanasia*, Universidad Pontificia Comillas, Madrid.
- DÍEZ, J. R. (2019), «La legislación francesa sobre el final de la vida», en A. Marcos y J. de la Torre (eds.), *Y de nuevo la eutanasia: Una mirada nacional e internacional*, Dykinson, Madrid.
- ELIZARI, J. (1992), «Eutanasia: Lenguaje y concepto»: *Moralia* 14, 145-175.
- (2009), «Sedación terminal: Corrección médica/aceptabilidad médica»: *Moralia* 32, 405-442.
- FLECHA, J. R. (2002), *La fuente de la vida: Manual de bioética*, Sígueme, Salamanca, cap. 16.
- GAFO, J. (1999), *Eutanasia y ayuda al suicidio*, Desclée De Brouwer, Bilbao.
- (2000), *Bioética y religiones: El final de la vida*. Madrid: Universidad Pontificia Comillas.
- (2003), *Bioética teológica*, Universidad Pontificia Comillas, Madrid, cap. 10.
- GRACIA, D. (1990), «Historia de la eutanasia», en J. Gafo (ed.), *La eutanasia y el arte de morir*, Universidad Pontificia Comillas, Madrid.
- JONSEN, A. (2011), *Breve historia de la ética médica*, Universidad Pontificia Comillas, Madrid.
- MARCOS DEL CANO, A. M.^a (1999), *La eutanasia: Estudio filosófico-jurídico*, Marcial Pons-UNED, Madrid.
- MARCOS DEL CANO, A. M.^a, y J. DE LA TORRE (eds.) (2019), *Y de nuevo la eutanasia: Una mirada nacional e internacional*, Dykinson, Madrid.
- MONTALVO, F. (2019), «La regulación del suicidio asistido en Estados Unidos; en especial, el modelo Oregón», en A. Marcos y J. de la Torre (eds.), *Y de nuevo la eutanasia*, Dykinson, Madrid.
- NÚÑEZ PAZ, M. A. (1999), *Historia del derecho a morir: Análisis histórico y antecedentes jurídico-penales*, Forum, Oviedo.
- ORGANIZACIÓN MÉDICA COLEGIAL (OMC) y SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CUIDADOS PALIATIVOS (SECPAL), *Atención médica al final de la vida: Conceptos y*

definiciones, Grupo de Trabajo de Atención Médica al Final de la Vida, 19 de septiembre de 2015.

PESSINI, L., y M. JUNKER-KENNY (2003), «En nombre de la dignidad: Argumentos a favor y en contra de la eutanasia voluntaria»: *Concilium* 300, 133-138.

PINTO, F. (2019), «La eutanasia y el suicidio asistido en Holanda», en A. Marcos y J. de la Torre (eds.), *Y de nuevo la eutanasia*, Dykinson, Madrid, 77-94.

SIMÓN LORDA, P., I. M.^a BARRIO CANTALEJO, F. J. ALARCOS MARTÍNEZ, J. BARBERO GUTIÉRREZ, A. COUCEIRO y P. HERNANDO ROBLES (2008), «Ética y muerte digna: Propuesta de consenso sobre un uso correcto de las palabras»: *Revista de Calidad Asistencial* 23, nro. 6, 271-285.

TORRALBA I ROSELLÓ, F. (2000), «Repensar la eutanasia: Crítica y deconstrucción de tópicos», en J. Ferrer y J. Martínez (eds.), *Bioética: Un diálogo plural*, Universidad Pontificia Comillas, Madrid, 185-200.

TORRE, J. de la (2007), «Eutanasia y tradiciones religiosas orientales»: *Cuadernos de Realidades Sociales* 69, 125-142.

- (ed.) (2011), *Enfermedad, dolor y muerte desde las tradiciones judeocristiana y musulmana*, Universidad Pontificia Comillas, Madrid.
- (2012), *Pensar y sentir la muerte*, Universidad Pontificia Comillas-San Pablo, Madrid.
- (2017), «Las peticiones de eutanasia de familiares con personas con demencia avanzada», en J. de la Torre (ed.), *El final de la vida en las personas con demencia*, Universidad Pontificia Comillas, Madrid, 151-173.
- (2019), «Eutanasia y suicidio asistido: Razones y argumentos para pensar», en A. Marcos y J. de la Torre (eds.), *Y de nuevo la eutanasia: Una mirada nacional e internacional*, Dykinson, Madrid, 15-52.

VELASCO, J. M.^a de (2010), «La tradición moral católica en torno a la eutanasia»: *Sal Terrae* 98, 587-599.

- (2011a), «La escuela de Salamanca y la teoría de los medios ordinarios y extraordinarios en el s. XVI», en J. de la Torre (ed.), *Enfermedad, dolor y muerte desde las tradiciones judeocristiana y musulmana*, Universidad Pontificia Comillas, Madrid, 183-196.
- (2011b), «El pontificado de Pío XII y la evolución de la denominada teoría de los medios ordinarios y extraordinarios en el cuidado de la salud», en J. de la Torre (ed.), *Enfermedad, dolor y muerte desde las tradiciones judeocristiana y musulmana*, Universidad Pontificia Comillas, Madrid, 197-209.

VIDAL, M. (1998), *Bioética: Estudios de bioética racional*, Tecnos, Madrid.

Recursos cinematográficos. **Diez películas sobre la eutanasia**

La lista de Schindler (Steven Spielberg, 1993)
The Last Supper (Cynthia Roberts, 1994)
El paciente inglés (Anthony Mingella, 1996)
El sabor de las cerezas (Abbas Kiarostami, 1997)
Las horas (Stephen Daldry, 2002)
Hable con ella (Pedro Almodóvar, 2002)
Las invasiones bárbaras (Denys Arcand, 2004)
Million Dollar Baby (Clint Eastwood, 2004)
Mar adentro (Alejandro Amenábar, 2008)
Doctor Muerte (Barry Levinson, 2010)

Índice general

Índice

Prólogo: Reflexiones en común

1. Definiciones

2. Breve recorrido histórico

1. Del siglo V a. C. al I d. C. Uso amplio y equívoco de la palabra *eutanasia*
2. Del siglo II al siglo XVI. Uso definido y perfilado
3. De la mitad del siglo XVII a nuestros días. Uso creciente de diversas distinciones

3. Cambios culturales en el bien morir

1. Cambios en las actitudes ante los mayores
2. Cambios en las actitudes ante la muerte
3. Cambios en las actitudes médicas al final de la vida
4. Cambios en la concepción de los procesos de morir
5. Cambios en la forma de morir
6. Desmontar los tópicos y prejuicios culturales

4. La eutanasia en el mundo

1. Holanda
2. Bélgica
3. Luxemburgo
4. Canadá
5. Colombia
6. Suiza
7. Estados Unidos
8. Australia
9. Modelos legislativos que rechazan la eutanasia
10. Algunas reflexiones

5. La eutanasia en España

1. Nivel normativo
2. Cambio de actitudes en los profesionales de la salud y en la población. Nivel sociológico
3. Estudio y deliberación parlamentarios

4. Los casos concretos. Nivel mediático
 5. Nivel normativo al final de la vida en las comunidades autónomas
 6. La Asociación para el Derecho a Morir Dignamente y otras asociaciones
 7. La Iglesia católica
 8. Los partidos políticos
- 6. La eutanasia en la tradición cristiana**
1. Iglesia antigua y medieval
 2. La Escuela de Salamanca y la casuística moderna
 3. El papa Pío XII y el Concilio Vaticano II
 4. La declaración *Iura et bona* de la Congregación para la Doctrina de la Fe sobre la eutanasia (5-5-1980)
 5. Los documentos de la Conferencia Episcopal Española
 6. El magisterio del papa Juan Pablo II y el *Catecismo de la Iglesia católica*
 7. El papa Francisco
 8. La alimentación e hidratación artificial. Precisiones
 9. Los cuidados paliativos y la humanización del morir
- 7. Argumentos a favor y en contra de la eutanasia**
1. ¿Es posible abrir un poco la puerta? La pendiente resbaladiza y la prudencia
 2. ¿Cómo afecta una ley de eutanasia a los más vulnerables? Las consecuencias sociales
 3. ¿Cómo afectaría a los médicos? Las consecuencias sobre los médicos
 4. ¿No es prioritaria la mejora de los cuidados paliativos? ¿No es prioritaria para aliviar el dolor y el cuidado en todas sus dimensiones?
 5. ¿Hay un derecho a disponer de la propia vida? ¿Hay un derecho a morir?
 6. ¿Es tan autónomo el sujeto en la realidad?
 7. ¿No hay en el fondo un miedo de afrontar serenamente la muerte y la ancianidad?
- Conclusiones*
- 8. La eutanasia en otras tradiciones religiosas**
1. Tradición judía
 2. Islam
 3. Budismo
 4. Hinduismo
- Conclusiones*
- Referencias bibliográficas*
- Recursos cinematográficos: Diez películas sobre la eutanasia
- Índice general*

Índice

Portada	3
Créditos	5
Índice	7
Prólogo: Reflexiones en común	8
1. Definiciones	10
2. Breve recorrido histórico	17
3. Cambios culturales en el bien morir	21
4. La eutanasia en el mundo	29
5. La eutanasia en España	39
6. La eutanasia en la tradición cristiana	50
7. Argumentos a favor y en contra de la eutanasia	62
8. La eutanasia en otras tradiciones religiosas	72
Conclusiones	80
Referencias bibliográficas	82
Recursos cinematográficos: Diez películas sobre la eutanasia	83
Índice general	85