

UNIVERSIDAD FRANCISCO DE VITORIA



Trabajo de Fin de Grado en Enfermería

**ACERCAMIENTO ANTROPOLÓGICO A LA EUTANASIA
Y AL SUICIDIO MEDICAMENTE ASISTIDO**

Autor/a: ADRIÁN DÍEZ GONZÁLEZ

Tutor/a: RICARDO ABENGOZAR

Convocatoria: JUNIO

RESUMEN

Actualmente se ha reavivado el debate médico sobre la eutanasia y el suicidio médicamente asistido. El presente trabajo tiene el objeto de mostrar, desde una perspectiva filosófica y antropológica, los conceptos de eutanasia y suicidio y su aplicación a lo largo de la historia. Asimismo, pondremos en valor su antigüedad y la motivación de su aplicación atendiendo a las diferentes circunstancias. También realizaremos una clasificación conceptual de los distintos tipos de eutanasia y de todos aquellos elementos clínicos o de derecho, relacionados con la misma. En último lugar, nos centraremos en el plano legislativo de España y aquellos países o territorios que permiten el ejercicio de dichas actuaciones. Esta situación legal se ha relacionado con un análisis descriptivo de la situación real en tales lugares, analizando cuántos casos se dan, cuál el perfil del paciente que opta por estas medidas, cuáles son los motivos que llevan a ello, si existe o no la eutanasia encubierta, qué alternativas existen y en qué situación están esas alternativas. Además se incluye un análisis ético-moral sobre la situación en la que se encuentran pacientes, profesionales sanitarios y la administración pública al respecto.

PALABRAS CLAVE: eutanasia, suicidio asistido, estadística & datos numéricos, bioética, legislación, deontología, cuidados paliativos.

ABSTRACT

Nowadays, the ethics of euthanasia and assisted suicide are squarely before the public eye. The aim of the present work is to provide an understanding of the concepts and application of euthanasia and suicide throughout history from a philosophical-anthropological perspective. Considerations of these practices considering every circumstance have also been studied. In addition to this, we have tried to classify the different types of euthanasia and all those clinical and legislative elements related to it. Finally, we focused on Spanish laws about these concerns, but also those countries or territories' when these practices are allowed. This legal situation have been connected with a descriptive analysis of the real situation on the ground, noticing the number of reported cases, the different types of patient profiles who decide to do it, their motives, if euthanasia in disguised exists, and what kind of alternatives are there, if they are present. An ethical and moral analysis about the legal situation in which patients, sanitary professionals and public administration are involved is also included.

INDICE

1. INTRODUCCION	12
1.1. Justificación.....	13
1.2. Material y métodos	14
1.3. Objetivos.....	15
2. DESARROLLO DE LA CUESTIÓN	17
CAPITULO 1: Introducción sobre el concepto de vida y muerte en occidente..	17
1.1 Concepto de muerte a lo largo de la historia en occidente	17
1. 2 Concepto socrático de la muerte	19
1.3 Concepto en el epicureísmo de la muerte	20
1.4 Concepto estoico de la muerte	23
1.5 Concepto Cristiano de la muerte.....	25
1.6 Concepto renacentista de muerte	28
CAPITULO 2: Antecedentes históricos de la eutanasia y marco conceptual	31
2.1 Practica de la eutanasia en la historia	32
2.2 Marco conceptual	43
2.2.1 Eutanasia	43
2.2.2 Suicidio, suicidio asistido y suicidio equilibrado.....	46
2.2.3 Cuidados paliativos, tratamiento fútil, medios desproporcionados, medios proporcionados, sedación paliativa y síntoma difícil y refractario.	47
2.2.4 Ortotanasia, Distanasia, obstinación terapéutica, abandono y limitación del esfuerzo terapéutico.....	49
2.2.5 Concepto de “fuerza mayor”	50
2.2.6 Concepto de consentimiento informado y Documento de voluntades anticipadas.....	51
CAPITULO 3: Marco legal en la Eutanasia	53
3.1 Marco legal en España	55

3.2 Marco legal en Holanda	63
3.3 Marco legal en Bélgica	69
3.4 Marco legal en Oregón	71
3.5 Otros procesos de legalización.....	73
CAPÍTULO 4: Análisis descriptivo de la realidad respecto a la eutanasia	75
4.1 Prototipo de pacientes que solicitan eutanasia o suicidio asistido	75
4.2 Características del paciente terminal	76
4.3 Limitación del esfuerzo terapéutico.....	80
4.4 Descripción de la realidad sobre el suicidio asistido	82
4.5 Descripción de la realidad sobre la eutanasia	87
CAPÍTULO 5: Aspectos éticos de la eutanasia.....	94
5.1 Cuestiones éticas acerca del paciente.....	94
5.1.1 ¿Resulta ético que un paciente disponga de su propia vida?.....	94
5.1.2 ¿Es verdaderamente libre el paciente cuando elige el suicidio asistido o la eutanasia?.....	97
5.2 Cuestiones éticas en el personal sanitario	98
5.2.1 ¿Es ético que el personal médico ayude a morir?.....	98
5.2.2 ¿Qué implicaciones tiene la enfermería en la situaciones sanitarias respecto de las cuestiones al final de la vida?.....	101
5.3 Papel ético del Estado en las cuestiones acerca del final de la vida.	103
3. CONCLUSIONES	109
4. REFLEXIÓN ANTROPOLOGICA	114
5. BIBLIOGRAFÍA	117
JURISPRUDENCIA REFERENCIADA	117
CODIGOS ETICOS DE ACTIVIDAD PROFESIONAL REFERENCIADOS	117
BIBLIOGRAFIA	118

1. INTRODUCCION

La evolución de la medicina ha conseguido alargar la vida del individuo generando una serie de situaciones, hoy en día, que antes eran impensables. Por otro lado, la sociedad en la que nos movemos, en su desarrollo antropológico, ha dado un giro hacia una vertiente donde únicamente, el placer y el bienestar, supone el “leitmotiv” vital. El individuo actual, el hombre moderno, viene envuelto en un sincretismo, donde el relativismo y la pérdida de valores han creado una situación vacía, donde las preguntas trascendentes, incomodan y se las desecha a un lado. La locución latina, acuñada por Horacio “carpe diem” ha sido la cuña ideológica del hombre postmoderno, banalizando su significado y olvidando, que el presente supone un salto hacia el futuro, es en el mismo, donde atendiendo al correcto significado de la locución debemos aprovechar el momento, formarnos y prepararnos para aquellas situaciones profesionales y vitales que nos va a deparar la vida.

En la actualidad, las ramas del conocimientos se han vuelto tan extensas y abruptas, que se ha perdido el factor multidisciplinar del individuo, este ya no cultiva todas sus vertientes, genera una “hipertrofia cognitiva” donde solo tiene cabida un aspecto de la realidad o una rama de la ciencia, convirtiéndose en un “bárbaro ilustrado” y encontrando gran dificultad, en casos, como es el que nos atañe en este trabajo, donde la cuestión del hecho va más allá de implicaciones meramente científicas o tecnológicas, y que junto a las mismas, existe una realidad vital, que hay que saber interpretar, puesto que trasciende a la persona en todas sus dimensiones.

Los aspectos sanitarios al final de la vida reportan este problema, el individuo es puramente científicista y tecnológicos, imbuido en el raciocinio y en el sincretismo, le cuesta dar respuesta a ciertas circunstancias. La muerte, hoy en día, es un tema tabú, una cuestión que se deja en la trasciende y que finge ser sorpresiva cuando aparece. Nadie sabe qué hacer o cómo actuar, nadie se prepara para la muerte y es, quizá este ejercicio el que nos ayudaría a obtener respuestas claras en este tema.

La eutanasia no es un problema actual, sino que viene de antaño, pero la cosmovisión del momento ha variado sus implicaciones. Antes, fuera del amparo tecnológico y científico, el ser humano se enfrentaba a situaciones límite, donde la urgencia, hacía inviable reflexión moral alguna. Actualmente, la eutanasia es una opción de las sociedades acomodadas y su máximo acicate es el miedo a la pérdida de confort. Cuando existe una

situación potencial o cuando se pierde cierto confort, o ciertas posibilidades, determinados colectivos tienden a entender que la vida no es digna y creen que puede resultar piadoso, el hecho de acabar con la persona.

Este trabajo pretende un acercamiento antropológico al fenómeno de la eutanasia y suicidio medicamente asistido. Para ello es oportuno, en un inicio, retrotraernos al pasado y ver, hasta el momento actual, la evolución filosófica, antropológica y religiosa que han seguidos los conceptos de vida y muerte, para entender la interpretación que el hombre ha ido haciendo de los mismos, complementándolo con un mapa conceptual, englobando el concepto en su vertiente normativa, ética y sanitaria. Ahora bien, para entender la causalidad del acto, haremos un repaso histórico, viendo las circunstancias en las que se desenvuelve. Por último, intentaremos trasladar a estas páginas la realidad de la situación legal, como las normativas han intentado dar respuesta al problema, y si lo han hecho conforme a la necesidad real del mismo o a las presiones del lobby mediático de turno. Veremos también, el resultado de las normativas en la práctica del ejercicio médico de la eutanasia y su repercusión sobre los derechos del paciente, si realmente aporta o resta privilegios al ciudadano. Analizaremos su repercusión en la práctica sanitaria, viendo si es una línea clínica radical o es una opción moderada, así también, si el acto entra dentro de los códigos deontológicos sanitarios o es un acto “contra natura” de los mismos, si compete al Estado, o por el contrario, se está sobrepasando en sus atribuciones cuando intenta legislar sobre el tema.

1.1. Justificación

La motivación principal del trabajo es abordar la situación concreta que se produce entre los problemas clínicos y espirituales que se dan al final de la vida y el ejercicio de la eutanasia y el suicidio asistido. Ver si es una solución adecuada desde los distintos prismas médicos, éticos y socioeconómicos o por el contrario supone una solución radical, que en pos de la dignidad atenta contra la propia dignidad. Esta cuestión, aunque haya perdido la atención mediática que tuvo años atrás, tras saltar a la primera plana de la actualidad determinados casos, como el de Ramón Sampedro, Ray Gosling o el “Caso Leganés” entre otros, sigue conservándola, hoy en día, en un debate que aún sigue abierto entre profesionales, fuera del dominio de la opinión pública, y que conlleva unas implicaciones importantes, sobre todo en aquellos países donde se ha legalizado,

repercutiendo negativamente, tanto en pacientes como en personal sanitario. El posicionamiento de profesional respecto a estas prácticas y su sensibilización sobre las mismas, no resulta importante, sino imprescindible para médicos y enfermeras, pues representa un problema, respecto a su obligación más básica, que no deja de ser, la de velar por la vida y la salud del paciente.

La motivación secundaria del trabajo, es hacer entender, la importancia que tienen en las profesiones sanitarias, una formación multidisciplinar y como el afrontamiento de ciertos casos trasciende, al mero hecho de la actividad clínica. Un empoderamiento por parte del sanitario, en este caso el enfermero, respecto de otras ramas del conocimiento, le aporta la capacidad no solo de atender mejor al paciente, sino de opinar con cierta propiedad en los debates que surgen en torno a muchas situaciones, donde no solo se barajan conceptos médicos, sino legales, filosóficos, antropológicos, éticos y religiosos.

1.2. Material y métodos

Este trabajo se ha desarrollado a partir de datos cuantitativos, descriptivos, normativos y ensayos de opinión. Para ello se ha realizado una revisión bibliográfica de 71 fuentes entre manuscritas y electrónicas. La bibliografía consultada se compone de Libros, ensayos, manuales de bioética, artículos, estudios cuantitativos, legislación, jurisprudencia y códigos deontológicos.

Los recursos manuscritos se han obtenido a través de la biblioteca de la Universidad Francisco de Vitoria, mientras que el resto de recursos electrónicos se han adquirido de los siguientes buscadores, plataformas, web y bases de datos: Google académico, Pubmed, Scielo, Dialnet, E-libro, EBSCO, Aranzadi, Biblioteca Cochrane Plus, Global Health, Medline, Tirant on-line y web corporativas e institucionales relacionadas con servicios de salud.

La búsqueda se ha realizado mediante la utilización de los siguientes descriptores: Eutanasia, suicidio asistido, cuidados paliativos, estadística & datos numéricos, bioética, legislación, deontología, pendiente resbaladiza, bioética, normas, jurisprudencia, tanatología, enfermería, salud, filosofía, antropológico, Holanda, Bélgica, Suiza, España, Oregón, historia, antigüedad,

1.3. Objetivos

Principal:

Describir el marco personal, social, sanitario, ético y legislativo en el que se desarrolla la práctica de la eutanasia y el suicidio asistido

Secundario:

- Exponer la evolución histórica en occidente, que han experimentado los conceptos de vida y muerte a lo largo de la historia.
- Describir el marco legislativo y la situación social acerca de la muerte y eutanasia en nuestro país.
- Describir la posición del profesional de enfermería respecto a la práctica de la eutanasia en España.
- Analizar la influencia e incidencia que tiene los casos extremos en la toma de decisiones respecto a la práctica de la eutanasia

2. DESARROLLO DE LA CUESTIÓN

CAPITULO 1: Introducción sobre el concepto de vida y muerte en occidente.

Si por algo se caracteriza al hombre de todo tiempo y cultura, es por la inquietud inquebrantable hacia la búsqueda de una explicación que dote a la vida de un sentido que proporcione un significado a todos aquellos procesos que experimentamos en los aledaños de lo individual, de lo subjetivo del ser, así como de aquellos que afectan a la colectividad influyendo y transformando al grupo.

En este capítulo, examinaremos la conceptualización de la vida y la muerte que ha arraigado en la cultura occidental. Viendo en un primer lugar aquellos aforismos fundamentales que han servido a las civilizaciones occidentales de cimientos, para la construcción de sus ideas, reflexiones y visiones, muchas de ellas auténticos axiomas que perduran hasta nuestros días y que conforman no solo la identidad cultural, sino que suponen auténticos soportes sobre los que fundamentamos, ética, valores, comportamientos y explicaciones que nos ayudan a entender la realidad, permitiéndonos vivir en ella.

1.1 Concepto de muerte a lo largo de la historia en occidente

Desde que el hombre es hombre, la muerte ha ocupado un lugar importante en su cuadro de inquietudes. Antropólogos como Bronislaw Malinowski consideraban “*la muerte como el origen de toda religión, y el miedo y rechazo a ella como el origen de toda la cultura*”¹. La muerte influye de forma absoluta en la concepción del individuo. No solo representa una relación entre lo temporal y lo eterno, sino que rige las actitudes y comportamientos en todos los ámbitos, tanto públicos, como privados.

El proceso de morir, no es necesariamente un proceso empírico, es decir, no necesitamos ver la muerte de otros. Simplemente nuestro propio proceso de envejecimiento, nos hace ver que el tiempo no es eterno. Nuestro cuerpo nos envía misivas anticipando en nosotros la idea de que un día tendremos que morir. La muerte, por tanto supone un acto constitutivo de nuestro propio yo. Durante la historia se ha erigido una relación entre la

¹ Esteban Duque R., *Ensayo sobre la muerte*. España: Ediciones Encuentro, S.A., 2009. ProQuest ebrary. Web. 21 Febrero 2015. P.30
<http://site.ebrary.com/lib/ufvsp/detail.action?docID=10679652&p00=muerte+occidente>

filosofía y la muerte. Abordando cuestiones como la realidad de la muerte, la finitud humana y la inmortalidad.

Para ser consciente de la muerte, en opinión del antropólogo Landsberg, previamente se debe dar un salto intelectual y ser consciente de la individualidad humana. Cuando nos salimos de “Clan” o grupo primitivo y analizamos el proceso desde nuestra propia perspectiva y bajo un único contenido, estábamos avanzando hacia ese descubrimiento. Pero no fue lo único que necesitamos, ya que además, el elemento empírico unido al análisis lógico de la experiencia, nos llevó a extraer de las mismas, la máxima de que todo hombre va a morir. Otros autores, en cambio, como el pensador Seller, dicen que el hombre no necesita de razonamiento lógico ninguno, ya que el hombre sabe de forma intuitiva que va a morir. Esta segunda opinión es menos aceptada. Pues presenta objeciones, como la propuesta por Landsberg, que nos dice que el concepto que se tiene sobre la muerte, es como un elemento accidental, es decir, que no afecta a todo sujeto, sino aquellos que sufren una desgracia. Según este mismo autor, el hombre empieza a plantearse esta cuestión, cuando participa de la muerte, es decir, cuando el fallecimiento de un ser cercano le afecta y le hace pensar, constituyendo un “nosotros” con la persona muerta y es lo que une el concepto de muerte con nosotros mismos.

Este proceso de entendimiento de la muerte, fue un proceso lento. Illich decía que *“las sociedades primitivas concebían la muerte como resultado de una intervención por un agente externo”*², es decir, no era algo propio de la condición humana, sino que se debía al resultado de la influencia nociva de algún elemento externo. Debemos tener en cuenta que la mente primitiva no tiene las ventajas del hombre actual, puesto que eran incapaces de enlazar distintos conceptos con el proceso de muerte, como sobrepasar ciertos años, desgaste de los órganos, degeneración senil, debilitación de ciertas funciones. Por tanto, eran incapaces de predecir o anticipar la muerte. Ésta para ellos aparecía sin más, como una especie de fuente mística.

² Castillo E; *Caminos del desarrollo psicológico. Volumen V: La muerte.* México: Plaza y Valdés, S.A. de C.V., 2005. (p.82) ProQuest ebrary. Web. 2 March 2015.

1. 2 Concepto socrático de la muerte

Uno de los pilares que fundamenta la cultura occidental es el remanente cultural que nos llega como legado de las culturas clásicas. Uno de los primeros escritos, en los que se aborda la muerte y la trascendencia del alma, es el Fedón de Platón. Es un escrito, constituido en forma de diálogo, que se escribe allá por el año 387 a.C y que se engloba dentro de las obras de madurez de Platón. En él describe las últimas horas al asesinato de Sócrates, juzgado a muerte por ingesta de cicuta. Aprovecha esta tesitura, para exponer una serie de ideas filosóficas sobre la trascendencia, origen y características del alma, así como significado de la muerte.

En ella introduce conceptos interesantes sobre la vida, la muerte, el suicidio o lo que nos espera después del óbito. Del suicidio remarca que aún justificado por los malos actos de la persona, el llevarlo a cabo supone una impiedad, ya que el cuerpo no nos pertenece, lo concibe como propiedad de los dioses y son éstos los que deben determinar sobre su suerte. Dice literalmente el texto: *“Los hombres estamos en una especie de presidio, y que no debe liberarse uno a sí mismo ni evadirse de él, me parece algo grandioso y de difícil interpretación. Pero lo que sí me parece Cebes, que se dice con razón es que los dioses son quienes se cuidan de nosotros y nosotros los hombres, somos una de sus posesiones”*³. La expresión “presidio” la utiliza porque describe la constitución del ser como una unión traumática entre el espíritu o alma, armónica e inmortal y un cuerpo mortal, sujeto a necesidades e imperfecto porque limita el conocimiento a únicamente aquello que podemos captar a través de los sentidos, siendo conscientes de que estos últimos pueden limitar nuestra comprensión e incluso engañarnos.

Sócrates a través de Platón también nos habla de una recompensa extraterrena y de un castigo en función del ejercicio de las acciones realizadas en vida. Un individuo cuyos actos sean injustos o dañinos será rehuido por todo el mundo, nadie querrá ser su compañero de camino, ni su guía y estará condenado a errar por un tiempo hasta que se redima de sus males y encuentre residencia en algún lugar del más allá. Por el contrario el sujeto de una vida pura y comedida, alcanza como compañeros de viaje y guías a los dioses y habitará en los lugares que merece.

³ Platón. Fedón. Argentina: El Cid Editor, 2004. ProQuest ebrary. Web. 21 February 2015. (p.8-9)

1.3 Concepto en el epicureísmo de la muerte

El epicureísmo es una corriente filosófica que se basa en el cultivo de los placeres de una forma racional e inteligente, disminuyendo pulsiones y emociones con el fin de dotar a la vida de un equilibrio que nos lleve a la felicidad. El germen de esta doctrina surgió sobre el 341 a.C en la palabra de Epicuro de Samos. Su erudición mantuvo sus máximas hasta siete siglos después de su fallecimiento.

Respecto al tema que nos interesa, podemos encontrar el posicionamiento de este grupo en uno de los escritos que fundamenta su doctrina y que especialmente se centra en la ética. Ese escrito se conoce como “Carta a Meneceo”. En uno de sus puntos se aborda la opinión que tiene este colectivo acerca de la muerte. Para ellos, supone una privación de sensación, algo, por tanto, ajeno a nosotros y contrario a la vida, en el sentido de que en el epicureísmo, la vida se fundamenta en la sensación, en el sentir o cúmulo de apreciaciones que experimentamos. La muerte por el contrario se caracteriza por la privación o ausencia de estas sensaciones. Las propias palabras de Epicuro son “*La muerte no es nada en relación a nosotros, porque, cuando nosotros somos, la muerte no está presente y cuando la muerte está presente, nosotros no somos más. Ella no está, pues, en relación ni con los vivos ni con los muertos, porque para unos no es, y los otros ya no son.*”⁴. Atribuye a su vez a la muerte una peculiaridad positiva, como es el hecho de aportarnos una propiedad de finitud a nuestra existencia, que en sus palabras, “*nos aleja del anhelo de inmortalidad*” a su juicio, repercute en una vida más provechosa que nos permite participar mejor del momento. La muerte como tal, no supone problema alguno, pero sí reconoce que si no se tiene una mentalidad clara de la misma, el advenimiento del deceso puede provocar sufrimiento.

Epicuro no predicaba la inmortalidad del alma, así como no establecía una categoría moral para la muerte. En su ética el bien o el mal se encuentran en las sensaciones y en la forma que tenemos de experimentarlas, pero el problema es que respecto al óbito, la muerte supone una privación de todos los sentidos fuera de toda calificación moral.

Lucrecio Caro, uno de los poetas latinos más afamados, escribió una de las mayores obras poéticas del mundo greco-romano, titulado “Sobre la Naturaleza” recoge y vulgariza todo

⁴ Pablo Oyarzún R, *Epicuro, Carta a Meneceo, traducción y notas. Onomazein 4 (1999) edición epub 2012 [citado en 28 febrero 2015] (p.4-5) http://www.onomazein.net/Articulos/4/23_Oyarzun.pdf*

el saber epicureísta, en un tiempo, en el que en Roma, la doctrina estoica era la que más en boga estaba. Aunque no se conoce gran parte de la bibliografía de Lucrecio, autores como San Jerónimo, padre de la vulgata, señalan que sus últimos momentos enloqueció fruto de la toma de un veneno que una amante despechada le inoculó. Esta situación le llevo al suicidio. Otros autores piensan que esto no fue así y que su obra, fruto de sus últimos momentos, muestra una lucidez irrefutable. Siendo más bien, un ataque de San Jerónimo, cuyo objetivo era desacreditar al poeta, por su sentido antirreligioso y sus defensas de las doctrinas epicúreas y materialistas, que implicaban una negación de la vida espiritual e inmortalidad del alma.

Lucrecio, al igual que Epicuro y el resto de sus seguidores, se caracterizaban por ser atomistas. Pensaban que todo lo existente dentro del cosmos, estaba formado por átomos, y que esta materia atómica era eterna. Por tanto, la muerte no suponía más que una disgregación de los átomos respecto de una formación concreta para pasar a constituir otra. En estas construcciones no existe providencia alguna. Aunque los epicueristas no eran realmente ateos, sí que creían que los dioses eran seres ajenos a todo lo material, al contrario que los dioses paganos, los cuales intervenían de forma constante y tediosa en el devenir humano.

Consideraban el alma mortal, al igual que el cuerpo, pero de partículas más sutiles y ligeras que las del propio organismo. La muerte suponía una liberación de las propias pasiones y sufrimientos de la materia, y siempre y cuando, fuera acorde a las leyes de la naturaleza no se le debía temer.

Estas consideraciones a nivel moral son importantes, ya que hacen replantearse la vida moral, así como los premios o castigos que pueden derivar de ella, si realmente no existe un más allá donde recibamos premios y castigos fruto de nuestras obras. Para Lucrecio, estas recompensas y castigos, se encuentra en la propia vida física. Con ello pretende mitigar el miedo a la muerte, eliminando y negando en absoluto el infierno. Es cierto, que a su vez también niega una trascendencia, pero el concepto clásico del más allá no era nada halagüeña, no existía una justicia divina como tal, ni se premiaba al justo o al correcto, sino que el futuro en el tártaro, respondía a las apetencias o caprichos de los dioses paganos. Por tanto, el cese de la existencia, Lucrecio la exponía como el fin de toda desdicha y sufrimiento humano, considerándola como un bien supremo. Siendo un

fuerte activista cuyas palabras eran: *“Con toda violencia extirparemos, De raíz aquel miedo de Aqueronte, que en su origen la humana vida turba”*⁵

Lucrecio, establece ya la vejez como un tiempo de tránsito y como justo momento de transición, para dejar los placeres terrenos a los que son más jóvenes. Considera que aferrarse a la vida en tal etapa, es arrastrarse, consumido en los deseos del placer que ya ha pasado. En estas líneas se puede ver:

*“En tu misma cabeza, antes que lleno
Y satisfecho de la vida puedas
Retirarte: la hora es ya llegada:
Deja tú mis presentes; no son propios
De la edad tuya: deja resignado
¿Que gocen otros, como es ley forzosa?
Con razón, a mi ver, reprendería,
Y con razón se lo echaría en cara,
Porque a la juventud el puesto cede
La vejez ahuyentada, y es preciso
Que unos seres con otros es reparen:”*⁶

Es decir, establece una especie de ley de renovación universal, señalando que éste es el destino humano. Quizá dentro del epicureísmo, la visión de Lucrecio puede considerarse como la más radical, a la vez que desoladora.

⁵ Lucrecio Caro T; *De la naturaleza de las cosas: poema en seis cantos de Tito Lucrecio Caro, traducido por D. Jose Marchena. España: Alicante, biblioteca virtual Miguel de Cervantes. (p.12) Disponible en: <http://www.cervantesvirtual.com/nd/ark:/59851/bmcn29s5>*

⁶ Lucrecio Caro T; *De la naturaleza de las cosas: poema en seis cantos de Tito Lucrecio Caro, traducido por D. Jose Marchena. España: Alicante, biblioteca virtual Miguel de Cervantes. (p. 14) Disponible en: <http://www.cervantesvirtual.com/nd/ark:/59851/bmcn29s5>*

1.4 Concepto estoico de la muerte

Aunque el estoicismo es una corriente filosófica griega, fue de importante trascendencia junto con el epicureísmo, en la Civilización Romana durante el periodo final de la República y comienzo de su periodo Imperial. Estas corrientes griegas, debido al carácter multicultural de la ilustración romana, tuvieron un gran seguimiento. Dentro del estoicismo y respecto de la muerte, quizá el escrito más importante, lo encontramos del puño y letra de Seneca. Supone uno de los manuscritos más memorables sobre la muerte, desarrollados dentro de la cultura latina. Este autor romano, nacido en Córdoba y consejero de Nerón, no sólo comparte con Sócrates un amor a la filosofía, sino también un destino similar, ambos fueron obligados a acabar con su vida. Este, en vez de cicuta, optó por cortarse las venas de los antebrazos e incluso a pesar de la debilidad, su impaciencia por cruzar al tártaro, le llevó a suplicar que le sajasen las venas de los muslos, e incluso, pidió que se le administrara veneno para acelerar el proceso. Paradójicamente, la rigidez de sus miembros impedía que el brebaje se distribuyera correctamente por el cuerpo. Esto llevó a su médico a sumergirlo en agua extremadamente caliente, con el fin de acelerar la dispersión del veneno y aumentar a su vez el proceso hemorrágico.

Seneca en sus tratados morales, nos dice que la vida es lo suficientemente grande como para ejecutar grandes cosas en ella, siempre y cuando, ésta se emplee de una manera correcta. Nos dice, que la avaricia y las posesiones, son lo que más deseo de quietud nos aporta. Tiene una concepción muy socrática del proceso de la muerte. La considera una ascesis, mediante la cual el alma se va liberando del cuerpo, suponiendo un triunfo del espíritu sobre los sentidos y la materia. Donde la razón, es decir, la filosofía supone un timón que nos dirige y nos orienta sobre las dudas de la vida, vida que siempre es camino hacia la muerte. De esta forma argumenta lo siguiente: *“La filosofía no es un señuelo para deslumbrar al pueblo, ni es propia para la ostentación; no consiste en palabras, sino en obras. No tiene tampoco por objeto pasar el día con un apacible entretenimiento para quitar su náusea a la ociosidad: ella forma y modela el alma, ordena la vida, gobierna los actos, muestra lo que debe hacerse y lo que debe omitirse, está sentada al timón, y dirige la ruta entre las dudas y las fluctuaciones de la vida”*⁷.

⁷ Bonete Perales, Enrique. *¿Libres para morir? en torno a la tánato-ética*. España: Editorial Desclée de Brouwer, 2004. (P.36) ProQuest ebrary. Web. 1 March 2015.

Seneca tiene una visión similar a la platónica respecto a las implicaciones que tiene el morir. Aunque bien es cierto, que plantea un concepto antropológico más amplio. Para Seneca, la muerte no solo supone un cisma entre cuerpo y alma. Sino que supone una separación respecto a todo aquello que el mundo engloba; placeres, riquezas, poderes etc. La ruptura contra estos placeres mundanos lo ve como un ataque a la vanidad *“Darse la muerte o recibirla, acabar un poco después o un poco antes, ha de ser para él enteramente lo mismo; no hay en eso nada que pueda espantarlo. ¿Qué importa perder lo que se nos va escapando gota a gota? Morir más pronto o más tarde es cosa indiferente; lo importante es morir bien o mal. Y ¿qué es morir bien? Sustraerse al peligro de vivir mal”*⁸. Por tanto, el hombre cuando filosofa, entra en esa ascesis, proceso que consiste en ir despegándose poco a poco de la vanidad de las cosas mundanas, solo así, se tiende a cuajar una tranquilidad ante la muerte, que es por lo que se caracteriza al sabio, por estar siempre preparado para morir y por afrontar este proceso sin temor, pues lo considera como la cumbre de la perfección moral.

Por tanto, para Seneca la muerte nos hace libres, nos aparta de desgracias y adversidades y sobretodo nos hace iguales. Señala que en el proceso de muerte lo único que nos puede diferenciar es la actitud ante el mismo, pues el acto recaerá en todos por igual. Nos dice cómo ha de afrontarlo un sabio, sin lloros y lamentos, pues estos se deben sobre todo al mensaje que el difunto nos manda, anticipándonos nuestro propio destino. La serenidad y sobretodo guarecer nuestros propios sentimientos, nos lleva a la aceptación de la muerte, a la cual no hay que temer porque es una liberación, solo el esclavo de las cosas mundanas es el que la sufre. El sabio la acepta como un engranaje del “logos” instaurado por la providencia divina y por tanto justa. Tiene una opinión similar a Epicuro, en cuanto a que a la muerte no hay que temerla, lo único que nos puede provocar temor es su curso y por tanto el mismo proceso de morir, es el mal, es lo que nos atemoriza. Pero si entendemos la muerte como una ley natural, y la esencia humana como finita, dejaremos de ser esclavos, porque parte del temor a la muerte supone el temor a la vida. Eliminarlo supone, asumir nuestra existencia y los propios infortunios de la misma, así como, cuando llegue el momento, nos permita morir con dignidad.

⁸ Diez de la Cortina Montemayor, Elena. *Historia de la filosofía: Lucio Anneo Seneca, El Estoicismo*. España: Cibernous, 2005. ProQuest ebrary. Web. 1 March 2015.

1.5 Concepto Cristiano de la muerte

El cristianismo surge en Jerusalén, en una época en la que la proliferación de cultos judíos eran relevantes, pero cristianismo era diferente y, poco a poco, se va extendiendo por la cuenca mediterránea. El triunfo inicial del cristianismo se debe a la aceptación de todo tipo de gente en su seno, al contrario, en la mayoría de cultos judíos, no aceptaban a gentiles, es decir, individuos de origen no judío. Sus adeptos seguían a un individuo llamado Jesús, cuya naturaleza divina o mortal fue fruto de discusiones y cismas entre sus seguidores. Su expansión no fue sencilla, puesto que a pesar de la tolerancia romana, los cristianos fueron perseguidos durante casi 300 años, obligándoles así a profesar su culto a escondidas. Fue con Constantino I tras la unificación del Imperio Romano, cuando se despenaliza el culto y los cristianos pueden ejercerlo en libertad. Con Teodosio I, fue oficializada como religión oficial del imperio. Tras la caída del Imperio Romano en occidente, se va a producir una secesión en el colectivo cristiano, formándose los dos principales grupos, por un lado La Iglesia Católica Romana, la cual reconoce la autoridad del Papa y por otro, la Iglesia Católica Ortodoxa con más auge en oriente.

En esta tesitura y respecto a lo que nos interesa, grandes pensadores del cristianismo empiezan a desarrollar su propia teología y con ello su doctrina moral. Este impulso cristiano supone una revisión a las ideas griegas y romanas. Creando desde la razón un nuevo pensamiento de trascendencia incalculable en el marco cultural occidental, teniendo su mayor auge en la edad media, pero de calado importante y continuo hasta nuestros días.

Uno de sus primeros pensadores fue San Agustín, allá por el año 345 d.C. y sus obras más importantes sobre el tema que abordamos son “Confesiones” y la “Ciudad de Dios”. Una de las primeras preguntas que se hace San Agustín, es por qué duele la muerte, Para ello relata experiencias personales, experimentadas tras la muerte de seres queridos. En un fragmento de su obra expresa muy elocuentemente esta desolación, estas son sus palabras:

“Estaba hecho un lío, preguntándome una y otra vez: ¿Por qué estás triste? ¿Por qué te conturbas? Pero no tenía respuesta... Solas las lágrimas me eran dulces y éstas eran, en lugar del amigo ya difunto, mi deleite... Yo vivía miserablemente, como vive todo hombre cuya alma es prisionera del amor de las cosas mortales, y cuando las pierde, se atormenta y aflige... Me sentía enfermo y cansado de vivir y, por otra parte, me horrorizaba tener

que morir. El gran amor que yo había tenido al amigo me hacía temer mucho más –según creo– y odiar la muerte, como cruel enemigo que me lo había quitado.”⁹

San Agustín, sobre todo en su segunda obra aquí mencionada, “Ciudad de Dios” recoge parte del pensamiento platónico y Greco-romano. Pero dotándolo de una nueva dimensión antes olvidada por los autores que le anteceden. Agustín entra en conflictos con estoicos y epicúreos, aunque es con los primeros con quien presenta mayor afinidad.

Defiende la dimensión trascendente del hombre, junto con las aplicaciones morales que ésta representa. Modifica la concepción de virtud y felicidad de los autores greco-latinos. Considera que la felicidad es imposible obtenerla en esta vida. Para San Agustín, al igual que para Seneca, la importancia no reside en la muerte, pues ésta es una particularidad natural que nos afecta a todos, independientemente de nuestras circunstancias en la vida, la muerte nos llega y nos hace iguales. Por tanto lo importante, es la forma de afrontarla, es como se muere. *“Nadie fue muerto que no hubiera de morir algún día. La muerte hace idénticas tanto la vida larga como la breve. En efecto, de dos cosas que ya no existen, ni una es mejor o peor, ni tampoco es más larga o más breve. [...] no debe tenerse como un mal cuando le ha precedido una vida honrada. En rigor, lo que convierte en mala la muerte es lo que sigue a la muerte. De aquí que quienes necesariamente han de morir no deben tener grandes preocupaciones por las circunstancias de su muerte, sino más bien a dónde tendrán que ir sin remedio tras el paso de la muerte»*¹⁰. Después de la muerte, independientemente, de las causas y circunstancias, se procede a la resurrección de los cuerpos. Para San Agustín el cuerpo puede morir, pero el alma es imperecedera y no se puede matar, ni destruir. Por tanto, resta importancia a los rituales o procesos de entierro, que tenían más raíces bíblicas que teológicas. Esto supone un alivio para la época, pues los cristianos además de verse sometidos a una persecución, eran martirizados, experimentando muertes horribles que causaban conmoción entre la comunidad. El

⁹ Bonete Perales, Enrique. *¿Libres para morir? en torno a la tánato-ética*. España: Editorial Desclée de Brouwer, 2004. (p.45) ProQuest ebrary. Web. 1 March 2015.

¹⁰ Bonete Perales, Enrique. *¿Libres para morir? en torno a la tánato-ética*. España: Editorial Desclée de Brouwer, 2004. (p.47) ProQuest ebrary. Web. 1 March 2015.

hecho de que Dios se fijase más en la forma de morir que en el trascurso del ritual posterior, tranquilizaba a un colectivo masacrado por la crueldad del momento.

Otra pregunta importante que aborda San Agustín, es el hecho de la mortalidad del hombre. Para San Agustín la muerte está presente desde nuestro nacimiento y se va mostrando de forma más evidente a través de los cambios que experimentamos en los procesos de nuestra vida. *“Desde que uno comienza a estar en este cuerpo, que ha de morir, nunca deja de caminar hacia la muerte. Su mutabilidad en todo el tiempo de esta vida (si ésta merece tal nombre) no hace más que tender a la muerte”*¹¹ La preocupación de San Agustín ante la muerte es estrictamente catequética y teológica. Muestra una visión antropológica y moral en la que el cuerpo, el alma, el pecado y Dios, son el núcleo de la misma. Esta concepción tiene una fuerte influencia que llega hasta nuestros días.

Para San Agustín el cuerpo vive gracias a la presencia del alma, así como el espíritu vive gracias a la presencia divina de Dios. Cuando se produce el óbito, el alma se separa de su realidad orgánica. Esto a simple vista y para el género humano, supone un mal. Para el hombre ahogado en el materialismo, toda separación de lo material supone un daño o conflicto. Pero para la realidad cristiana, esta separación es intrascendente, ya que no solo es ley natural, sino que carece de importancia. Para la ideología cristiana lo importante es la salvación del alma. Ésta solamente muere si se aleja de Dios, y esta separación se produce a través del pecado, de la realización de actos inmorales. Cuando esto pasa se produce la muerte del espíritu, y esta muerte puede ser en vida, es decir, puede seguir viva nuestra realidad corporal, pero experimentar la muerte del espíritu, cuyo proceso no es absoluto. Ya que se puede revertir, restituyendo el alma a través de la cercanía a Dios y siguiendo el camino de la vida auténtica. Esta segunda oportunidad se da gracias a Cristo, el cual a través de su muerte en la cruz, no sólo nos instruye, sino que nos libera y redime de nuestros pecados y con ello de la condenación de morir para siempre.

Mantiene el dualismo traumático platónico. Pero concibe el alma, como un guía para el cuerpo que lo capacita para múltiples funciones cognoscitivas, volitivas y morales. Al igual que el alma, es Dios guía para el espíritu. Es decir, mientras el alma, está unida a Dios, éste la capacita para obras superiores que conducen a la sabiduría y aportan la

¹¹ Bonete Perales, Enrique. *¿Libres para morir? en torno a la tánato-ética*. España: Editorial Desclée de Brouwer, 2004. (p.53) ProQuest ebrary. Web. 1 March 2015.

verdadera felicidad, que no es otra que la vida eterna. *“la vida eterna es el sumo bien: la muerte eterna, el sumo mal. Debemos, pues, vivir ordenadamente, de forma que consigamos aquélla y evitemos ésta [...] Podemos conseguir, con la ayuda de nuestro Salvador, evitar al menos la segunda muerte. Ella es más dura, y aun el peor de todos los males, porque no consiste en la separación del alma y el cuerpo, sino más bien en la unión de ambos con vistas a la pena eterna. Allí, por el contrario, no habrá hombres antes de la muerte y después de la muerte, y por ello nunca viviendo, nunca muertos, sino muriendo sin fin.”*¹²

Por tanto, podemos ver que existe una relación evidente entre pecado, inmoralidad y muerte, así como otra, contraria entre amor, moralidad y vida eterna. Para Agustín lo esencial es enseñar al hombre a preparar su muerte orgánica, pero sobre todo a evitar la separación del espíritu con Dios, lo que supondría una muerte eterna. Esta concepción agustiniana, perduró durante toda la edad media, predominando sobre corrientes anteriores como epicureísmo y estoicismo.

1.6 Concepto renacentista de muerte

Durante el Renacimiento se vuelve a revisar la cultura Greco-Romana en la mayoría de cuestiones filosóficas, entre ellas, el problema de la muerte. En esta época además se rompe con la “Escolástica” movimiento teológico y filosófico de arraigo medieval que intentó utilizar la filosofía grecolatina para comprender la revelación religiosa del cristianismo. En este momento, teología y filosofía, ya no están tan entrelazados como antes. Se abre paso el Humanismo, corriente que busca resaltar el lugar del hombre en la naturaleza y en la historia, sin recurrir directamente a Dios como su creador.

Montaigne, nacido en 1533 de una familia de judíos conversos aragoneses, es uno de los más reconocidos humanistas del momento. Su trabajo más importante fue “los ensayos” proyecto cuyo objeto era el estudio de sí mismo principalmente.

En toda su obra existe un afán por centrar al hombre dentro de la reflexión filosófica, concretamente a sí mismo, que es de quien versa su trabajo. Incide, en que la consecución

¹² Bonete Perales, Enrique. *¿Libres para morir? en torno a la tánato-ética*. España: Editorial Desclée de Brouwer, 2004. (p.57) ProQuest ebrary. Web. 1 March 2015.

de la felicidad, se logra a través del conocimiento de sí mismo. Su valoración es extremadamente práctica y moral, sin menciones de elementos metafísicos o teológicos. *“Componer nuestra conducta es nuestro oficio, no componer libros, y ganar, no batallas ni provincias, sino el orden y la tranquilidad de nuestro proceder. Nuestra obra de arte grande y gloriosa, es vivir convenientemente”*¹³. Su concepto de muerte es muy similar al de los clásicos y concibe la máxima socrática de que *“filosofar es aprender a morir”*. Considera la muerte como la meta de esta vida y anima a que pensemos sobre ella, no pensar en la muerte, supone según sus palabras, *“caer en una brutal ceguera”*.

Al igual que Seneca, se pregunta en qué consiste la duración de la vida, así como, si vivir el mayor tiempo posible, la vejez o morir a una edad avanzada, supone una muerte más natural que otras. Considera que constantemente estamos sometidos a accidentes e imprevistos que pueden interrumpir el curso de nuestras vidas. Realmente suponen una minoría los individuos que llegan a la vejez y no perecen antes por una circunstancia negativa del tiempo. Por tanto deduce, que proponerse la vejez como meta en la vida, supone un autoengaño. En sus palabras: *“¿Qué fantasía es esa de esperar morir por el desgaste de fuerzas que la extrema vejez acarrea y proponerse llegar hasta esa meta, dado que es la clase de muerte más rara de todas y menos usual? Llamémosla sólo a ella natural, como si fuera contra natura el ver a un hombre romperse el cuello de una caída, ahogarse en un naufragio, verse sorprendido por la peste o por una pleuresía, y como si nuestra condición normal no nos expusiera a todos esos accidentes. No nos dejemos engañar por esas hermosas palabras: deberíamos quizá llamar natural, más bien a lo que es general, común y universal. Morir de vejez es una muerte rara, singular y extraordinaria y mucho menos natural que las demás; es la última y postrer manera de morir; cuando más lejos está de nosotros, menos esperable es; es en efecto, el límite que no traspasaremos y que ha prescrito la ley de la naturaleza para que de ninguna manera se supere; mas es raro privilegio suyo el hacernos durar hasta entonces”*¹⁴

Como modo de vida, nos propone disfrutar de la vida, a pesar de ser consciente de la muerte. No cree que por obviarla o mirar hacia otro lado, se pueda vivir mejor y con menos atribulaciones. Señala, que hay que aceptar la muerte, realizar una meditación

¹³ Bonete Perales, Enrique. *¿Libres para morir? en torno a la tánato-ética*. España: Editorial Desclée de Brouwer, 2004. (p.60) ProQuest ebrary. Web. 1 March 2015.

¹⁴ Bonete Perales, Enrique. *¿Libres para morir? en torno a la tánato-ética*. España: Editorial Desclée de Brouwer, 2004. (p.63) ProQuest ebrary. Web. 1 March 2015.

serena y acostumbrarnos a ella. Debemos mirarla de frente de forma sensata, siendo conscientes de que nos puede esperar en cualquier esquina. En esta cuestión, es evidente la fuerte influencia estoica, autores como Seneca, opinaban lo mismo. *“La premeditación de la muerte es premeditación de la libertad. El que aprende a morir, aprende a no servir. El saber morir nos libera de toda atadura y coacción. No existe mal alguno en la vida para aquél que ha comprendido que no es un mal la pérdida de la vida... No hay nada de lo que más me haya ocupado desde siempre que de la imaginación de la muerte”*¹⁵.

Reconoce que realmente no conocemos en qué consiste morir, Para ello cita a Lucrecio *“Nadie que haya experimentado el frío reposo de la muerte, se vuelve a despertar”*. Lo que pretende expresar con ello, es que somos incapaces de obtener una experiencia del acto, puesto que lo experimentamos una sola vez. Recomienda que nos percatemos de la experiencia de dormir, ya que nos revela algo de lo que supone morir. Este pensamiento, no deja de ser una reminiscencia del pensamiento, griego, latino y cristiano.

En sus últimos días Montaigne, se aleja de los filósofos griegos y cambia de postura al respecto. Piensa que no hace falta una preparación intelectual para morir. Pues ve en sus propios campesinos, aquellos que trabajan en las cercanías de su castillo. Que a pesar de la ignorancia, mueren con la misma serenidad de un filósofo.

Piensa que el peso de la muerte apena mucho a los seres queridos, por ello es partidario de morir lo más alejado posible a todo aquello que nos une a la vida. Defiende la muerte en soledad. Además incide que en la enfermedad, a medida que va minando nuestra vitalidad y aumenta nuestra debilidad, se produce un proceso natural donde nuestro espíritu cada vez va mirando la vida con más desdén, produciéndose a mayor gravedad un incremento del desapego por el cuerpo, los placeres y la vida física. Permittiéndonos que cada vez miremos a la muerte con una mirada menos asustada. En esta reflexión, a pesar de ser un humanista, abre su mente a la trascendencia y concibe la preparación cristiana como un entrenamiento, al igual que la razón o la meditación. De los cuales nos hemos de servir para afrontar en las mejores condiciones este proceso.

¹⁵ Bonete Perales, Enrique. *¿Libres para morir? en torno a la tánato-ética*. España: Editorial Desclée de Brouwer, 2004. (p.64) ProQuest ebrary. Web. 1 March 2015.

CAPITULO 2: Antecedentes históricos de la eutanasia y marco conceptual

En el capítulo anterior vimos el concepto de muerte a través de la visión de los pensadores más relevantes que ha tenido occidente. En la antigüedad, se entendía el hombre, como una dualidad, donde el alma y el cuerpo, bien de forma armónica o estridente componían la naturaleza del ser. Más tarde con Descartes, cambia de una forma poco sustancial el concepto de hombre, para él, el cuerpo y el alma son dos subsustancias, lo que llama “res cognitivas” o razón que también se puede entender como alma y “res extensa” o cuerpo; Las cuales, aun siendo dos “subsustancias” de naturaleza propia y diferente, forma una única composición: el individuo como unión accidental, es decir, dos realidades que en determinadas circunstancias se unen y actúan con entidad única. En la era postmoderna, durante el siglo XX, han aparecido corrientes en bioética, como el “Contractualismo”, que abogan únicamente y reducen al hombre a su dimensión material y biológica, negando la realidad intangible del ser. De inicio, todos muestran una negativa ante el suicidio, quizá en la modernidad es cuando más controversia surge. La concepción platónica señala que el cuerpo no es propiedad de la persona, sino de Dios o de los dioses paganos, y por tanto, todo atentado sobre el cuerpo supone una ofensa a los dioses que son sus propietarios. En el cristianismo existen diversas corrientes, desde que el ser humano es “creatura” de Dios, a la que confiere una gracia especial, que la convierte en receptáculo divino, a otras donde, la corporeidad es generada por el acto reproductor humano y es Dios, quien el última instancia atribuye el “aliento de vida” o alma a dicho cuerpo, en ellas bien como elemento resultante de su creación o bien por la instauración de “su gracia” o “espíritu santo”, el cuerpo debe de ser objeto de respeto. Las demás corrientes inciden que no se debe adelantar, ni retrasar la muerte. Afirman que el momento del óbito hay que vivirlo con serenidad, mirando a la muerte de frente y dejando que las leyes de la naturaleza sigan su curso. Si es cierto, que movimientos como el Estoico, antepone la dignidad a la propia vida, y probablemente, muchos de sus miembros hubieran sido favorables a la eutanasia, como puede ser el caso de Seneca, además muchos de estos autores tuvieron fines trágicos. Murieron bajo suicidios forzosos a consecuencia de penas, establecidas por los dirigentes de turno. Su mansedumbre y falta de rechazo a la sentencia, no supone una defensa de la eutanasia. Al contrario, opiniones como la de Sócrates muestran un desacuerdo total contra la pena capital, indicando que no le corresponde a un dirigente imponerla, puesto que el cuerpo es propiedad de una realidad superior. Su rectitud a la hora de cumplir la sentencia, se debe más a una muestra

de serenidad, a un cumplimiento de la norma como agente cívico y a una ejemplificación de la buena muerte.

Ahora en este segundo capítulo vamos a ver el recorrido histórico que ha tenido la eutanasia. Ver si realmente, es un problema moderno y propio de estados totalitaristas o si por el contra, existen resquicios de su aplicación desde la antigüedad y sí, su puesta en práctica, va más allá de naciones dictatoriales y afecta también a naciones que se tienen por democráticas.

2.1 Practica de la eutanasia en la historia

La Eutanasia, etimológicamente proviene del griego. Contiene el prefijo “eú” que significa bien y el sufijo “tanatos” que significa muerte. Viene a traducirse por buena muerte. En la actualidad, este término fue retomado por Francis Bacon, allá por 1623 para describir un método de ejecución a través del cual se provoca la muerte sin sufrimiento físico, adelantándose a la muerte natural. Evidentemente la definición no es tan simple, la eutanasia es un concepto que contiene múltiples dimensiones, así como una categorización que más adelante veremos.

Antes de entrar en el asunto de la cuestión, haremos un repaso histórico recopilando todos aquellos pueblos, lugares y culturas donde esta práctica estuvo arraigada. En primer lugar, la eutanasia parece estar ligada a la compasión, pero este hecho es tan incierto, como decir, que la eutanasia es un problema actual, ligado a la clínica médica y que únicamente se centra en la “buena fe” de eliminar una situación de sufrimiento insoportable en la persona. La realidad es que la eutanasia se ha practicado desde la antigüedad por diversos pueblos y en todas las localizaciones del globo terráqueo. No es propia únicamente de estados absolutistas o dictatoriales, y su motivación no es únicamente la empatía o la compasión por el otro. El principal acicate o incentivo es puramente de subsistencia, la verdadera realidad, es que este ejercicio ha supuesto una herramienta que han utilizado múltiples sociedades para aligerar la carga que suponen todos aquellos individuos a los que en cada momento se ha considerado como improductivos para los fines del grupo.

Existen evidencias de pueblos primigenios como los Hotentotes, denominación holandesa de los Khoikhoi, que etimológicamente viene a significar “hombres de los hombres”, eran una pequeña tribu nómada propia del sudoeste africano, donde se tenía como costumbre habitual matar a personas ancianas o muy enfermas, abandonándolas entre los matorrales,

practica muy seguida por los Lapones, un pueblo que se estableció, en lo que hoy es Noruega, o algunas tribus de Nueva Caledonia de donde se han recogido evidencias de prácticas similares. Otros pueblos, como es el caso de los primeros habitantes de la isla principal de Fiyi, la conocida como Viti levu, tenían practicas más directas, puesto que los estrangulaban sobre sus lapidas, antes de darles descanso. Este hábito también se podía ver en Bosquimanos, lo cuales dejaban que fuesen las fieras quien directamente devorasen a aquellos integrantes prescindibles. Los esquimales por su parte, a petición de la víctima, practicaban una especie de eutanasia voluntaria, emparedando al sujeto en un iglú, en el cual sellaban la entrada durante días. De la india parten historias donde sus ancianos y enfermos eran arrojados a los ríos sagrados de la zona. Pueblos como los Celtas o Iberos, sacrificaban a los soldados malheridos por los que nada se podía hacer e incluso en caso de derrota, en muchas situaciones, se practicaba el suicidio colectivo antes de caer en manos del rival beligerante. Como vemos, es una práctica que con mayor o menor crueldad, afecta a todas las latitudes de este planeta y que ya contaba con cierto arraigo en la antigüedad.

Antes de proseguir, debemos no intentar demonizar a los pueblos primitivos. Pues, por lo general, eran colectivos cuyo desarrollo social era arcaico y su estructura sociopolítica era muy básica y primaria. Sí unimos esta circunstancia, al hecho que acompaña al hombre durante toda su historia y que forma parte de su identidad, respecto al desequilibrio que existe entre las necesidades del ser humano, que son ilimitadas y los recursos de los que dispone, a través del medio, que son no solo limitados, sino escasos. Resulta evidente, que la vida, en un ecosistema puramente hostil, donde el individuo se encuentra expuesto a la fauna, a la vehemencia e inclemencia del tiempo, sin medios o con medios tecnológicos muy rudimentarios para contrarrestar todas estas amenazas, no alcance cotas más altas que las de una ética puramente utilitarista. Entendiendo esta situación, debemos de comprender que las circunstancias del hombre, varían junto a su evolución tecnológica y humanista y por tanto, dar como natural esta coyuntura por el mero hecho de realizarse desde los primeros tiempos del hombre, es caer en un razonamiento falaz, de generalización apresurada, puesto que la realidad actual dista mucho de la realidad primitiva del hombre y los avances tecnológicos y humanistas, nos proporcionan una mayor libertad, que aunque no es total, sí que es decisiva respecto a la anterior, y nos permite apelar a una moral más pura y ajena al utilitarismo.

Una vez visto el mundo primitivo, nos vamos a adentrar en el mundo clásico. En Grecia, existieron una disimilitud de corrientes filosóficas, muchas de ellas favorables a la eugenesia y eutanasia. Podemos ver en textos de Aristóteles o Platón, argumentos a favor de la misma. En “la Republica” de Platón se escriben argumentaciones como esta “-De lo convenido se desprende - dije la necesidad de que los mejores cohabiten con las mejores tantas veces como sea posible y los peores con las peores al contrario sea lo más excelente posible, habrá que criar la prole de los primeros, pero no la de los segundos. Todo esto ha de ocurrir sin que nadie lo sepa, excepto los gobernantes, si se desea también que el rebaño de los guardianes permanezca lo más apartado posible de toda discordia.[...] En cuanto al número de los matrimonios, lo dejaremos al arbitrio de los gobernantes, que, teniendo en cuenta las guerras, epidemias y todos los accidentes similares, harán lo que puedan por mantener constante el número de los ciudadanos de modo que nuestra ciudad crezca o mengüe lo menos posible [...] Y a aquellos de los jóvenes que se distinguen en la guerra o en otra cosa, habrá que darles, supongo, entre otras recompensas y premios, el de una mayor libertad para yacer con las mujeres; lo cual será a la vez un buen pretexto para que de esta clase de hombres nazca la mayor cantidad posible de hijos.[...] cuando las hembras y varones hayan pasado de la edad de procrear habrá que dejarles, supongo yo, que cohabiten libremente con quien quieran, excepto un hombre con su hija o su madre o las hijas de sus hijas o las ascendientes de su madre, o bien una mujer con su hijo o su padre o los descendientes de aquél o los ascendientes de éste; y ello sólo después de haberles advertido que pongan sumo cuidado en que no vea siquiera la luz ni un solo feto de los que puedan ser concebidos, y que, si no pueden impedir que alguno nazca, dispongan de él en la inteligencia”¹⁶. Curiosamente, se muestra cierto pudor por el infanticidio, una vez nacido el niño, donde no se aconseja su asesinato, pero sí, apartarlo, evitar su crianza y relegarlo a un segundo plano. En cambio, cuando este niño es no nato, el aborto, se concibe como mejor opción. Por tanto y aunque en Grecia, resulta llamativo que no se diese esta atribución o apelativo al acto, se estaba planteando una “eutanasia infantil” en toda regla, este infanticidio se producía alegando motivos estructurales, eugenésicos y piadosos respecto de los individuos a los que no consideraban aptos.

● ¹⁶ Platón. *La República*. Argentina: El Cid Editor, 2004. (p.373-379) ProQuest ebrary. Web. 10 March 2015.

La postura griega era paradójica, Durkheim, famoso sociólogo, recoge en su libro “el suicidio” escritos que describen la situación en la antigüedad, concretamente en Grecia, donde existió una postura paradójica frente al suicidio. Realmente, era una práctica mal vista por la sociedad, pero en determinadas circunstancias y bajo la legitimación de sus gobernantes el suicidio era aplicado. También se relata que en situaciones muy adversas, los mandatarios de algunas Islas, especialmente en la isla de Ceos, se deshacían de los más ancianos para asegurar la supervivencia del resto.

En “el suicidio” se recoge un fragmento, de un texto de Libanius, profesor de retórica de origen griego, que vivió durante el bajo Imperio Romano; *“Que aquel que no quiera ya vivir más largo tiempo, exponga sus razones al Senado, y después de haber obtenido permiso, se quite la vida. Si la existencia te es odiosa, muere; si estás maltratado por la fortuna, bebe la cicuta. Si te hallas abrumado por el dolor, abandona la vida. Que el desgraciado cuente su infortunio, que el magistrado le suministre el remedio, y su miseria tendrá fin”*¹⁷. Durkheim argumenta que existen escritos donde se demuestra que esta práctica se extendió, a medida que los griegos iban colonizando otros lugares, emplazamientos como Marsella, se ven sometidos a una ley similar a la de Ceos. Donde se reservaba al senado, la autorización del suicidio, para una vez legitimado, suministrar la cantidad necesaria de veneno.

Huelga decir, que el suicidio fuera de la preponderancia de los mandatarios, no estaba legitimado y su ejecución, contemplaba una serie de penas póstumas; En Atenas, por ejemplo, el suicidio se consideraba como un atentado contra la ciudad, por lo que se negaban los honores de sepultura habituales y además, se cortaba la mano derecha del cadáver, enterrando ésta aparte. En zonas como Chipre y Tebas se procedía con castigos similares. En Esparta, incluso se aplicaba una penalización más estricta, llegando a enjuiciar a soldados por la forma de buscar y encontrar la muerte en batalla.

Antes de dejar Grecia, debemos hablar de Hipócrates, fue médico en la antigua Grecia y una de las figuras más destacada de la historia de la medicina. Su tratado, va más allá de ser un escrito estrictamente médico, siendo además un mosaico de preceptos morales

¹⁷ Durkheim, Émile. *El suicidio: estudio de sociología y otros textos complementarios*. Argentina: Miño y Dávila, 2012. (P. 383) ProQuest ebrary. Web. 11 March 2015. Copyright © 2012. Miño y Dávila. All rights reserved.

formulado bajo el influjo de las diferentes escuelas filosóficas griegas. Su influencia en su mayor parte, aunque no de forma exclusiva de la escuela ascética de Pitágoras. Este manual no solo es un tratado donde se nos dice que el médico debe de ser un individuo ejemplar y virtuoso, sino que establece claras prohibiciones respecto al médico a la hora de asistir en casos de aborto, suicidio. Huelga decir, que es un texto que durante la historia no ha sido glosado por partidarios de religión alguna, se conserva como texto independiente, únicamente siendo puesto en tela de juicio a partir de los años 60, sobretodo en EE.UU. por su enfrentamiento respecto a la posición que tiene parte de la medicina moderna respecto de los temas que aquí estamos tratando. Una de las partes del juramento dice lo siguiente; *“me serviré, según mi capacidad y mi criterio, del régimen que tienda al beneficio de los enfermos, pero me abstendré de cuanto lleve consigo perjuicio o afán de dañar. Y no daré ninguna droga letal a nadie, aunque me lo pidan, ni sugeriré un tal uso, y del mismo modo, tampoco a ninguna mujer daré pesario abortivo, sino que, a lo largo de mi vida, ejerceré mi arte pura y santamente. Y no castraré ni siquiera (por tallar) a los calculosos”*¹⁸.

En Roma, no encontramos un código legislativo que hable sobre el suicidio. Pero sí han llegado escritos hasta nuestros días, como “El comentario a la Eneida” redactado por parte de Mario Servio, gramatista romano, en el que nos habla de costumbres y estatutos de cofradías religiosas, donde el suicida era privado de sepultura. Incluso durante el Mandato de Tarquino “el soberbio” y con el fin de combatir una epidemia de suicidios, éste dispuso, que todos los cadáveres de suicidas fueran crucificados dejando los cuerpos a merced de pájaros y animales salvajes.

Es cierto, que en Roma, también existen precedentes de legitimación del suicidio por parte de los mandatarios, concretamente en el ejército romano, el intento de suicidio estaba condenado con la muerte, pues se consideraba una deserción de las funciones castrenses; En cambio, si el soldado podía demostrar razones excusables, simplemente se le expulsaba del ejército y dependiendo el grado en que se considerase la falta, a mayores, éste podía ser privado de sus bienes.

¹⁸ Vila-Coro, María Dolores. *La vida humana en la encrucijada: pensar la bioética*. España: Ediciones Encuentro, S.A., 2010. (p.83) ProQuest ebrary. Web. 11 March 2015. Copyright © 2010. Ediciones Encuentro, S.A.. All rights reserved.

Durkheim, apela en su libro a Quintiliano, fue un pedagogo romano de origen hispano, concretamente natural de lo que hoy es Logroño, el cual habla de una institución romana, cuya función era encargarse de la evaluación de las peticiones de suicidio por parte de la ciudadanía, donde en un principio las motivaciones de suicidio estaban muy restringidas y reglada, pero, donde poco a poco, se fueron haciendo más laxas, hasta el punto, en el que solo existía una motivación penalizada o causa injusta. Ésta no era otra, que solicitar el suicidio como medio para evitar condena de una pena criminal.

Como hemos hablado en el capítulo anterior, en Roma tuvo gran influencia la corriente Estoica, y seguidores de la misma como Seneca o Cicerón, hablaban de la muerte digna, como aquella que se ejecutaba sin dolor, o como el suicidio cuando se consideraba que la vida no era digna. Suetonio, historiador y biógrafo romano durante la época de los emperadores, en su libro “Los doce cesares” hablaba de como calificaba Augusto, emperador Romano, la buena muerte, empleando la palabra eutanasia como tal; *“Su muerte fue tranquila y como siempre había deseado; porque cuando oía decir que había muerto alguno rápidamente y sin dolor, exponía al punto su deseo de morir él y todos los suyos de esa manera, lo que exponía con la palabra griega correspondiente”*¹⁹.

Llegados a este punto, si nos paramos a analizar la situación, vemos que existe una doble caracterización del suicidio, es decir, resulta inmoral, si lo ejecuta el individuo de forma particular, pero en cambio, es moral y aceptado cuando se ejecuta bajo el visto bueno del Estado. Resulta también contradictoria, la segunda postura que se toma hacia el suicidio, considerándolo igualmente inmoral, cuando se ejecuta de forma particular, pero moralmente legitimado cuando éste se aplica como pena capital tras la comisión de un delito.

Si seguimos avanzando en el tiempo, encontraremos una postura más radical frente al suicidio. Esta se da con el Cristianismo, y el cambio no viene precedido por una distinta visión del Estado, sino por un cambio en la percepción que se tiene de la persona. Ésta se debe a que el Cristianismo dota a la persona de una dignidad por el mero hecho de ser, ajena a la obra o equilibrio moral del individuo y que lo eleva a la sacralidad. Esto implica que el sujeto es un ente por sí mismo, es decir, es una persona, su visión dentro del

¹⁹ Suetonio. *Los doce Césares*. Argentina: El Cid Editor, (p.173) 2004. ProQuest ebrary. Web. 11 March 2015. Copyright © 2004. El Cid Editor. All rights reserved.

engranaje social es más borrosa, puesto que la sociedad ya no puede disponer libremente de él, así como, él ya no tiene disponibilidad absoluta de sí mismo. Por encima del individuo y de la sociedad, está la dignidad ontológica, lo que convierte el suicidio en un auto-homicidio, es decir, tiene una implicación mayor que en la antigüedad, donde resultaba una mera cuestión civil, ahora tiene una implicación religiosa, pero también moral, siendo una práctica restringida y considerada antimoral, no solo por Estados religiosos, sino también por laicos.

Como hemos anticipado en el párrafo anterior, a medida que se iban asentando las comunidades cristianas, el suicidio comenzaba a ser más perseguido. Ya con Constantino El Grande se consideró el infanticidio un asesinato, pero no fue hasta con el emperador Valentiniano I, cuando realmente se empieza a perseguir el asesinato de niños, siendo este penalizado. En el año 452 en el Concilio de Arlés se consideró el suicidio como un crimen. Para en el 563, en el Concilio de Praga, penalizarlo con la consiguiente sanción, que consistía en no honrar al difunto con los santos sacramentos, oficio de la misa y salmos correspondientes durante el rito funerario, además se prohibía su entierro en camposanto.

El derecho civil copió mucho al derecho canónico, añadiendo penas materiales, a las ya religiosas. La más común era la confiscación de los bienes del suicida, además en algunas localidades, se unía a la decomisación de los bienes diferentes suplicios, como colgar el cadáver por los pies, arrastrarlo por las calles o incluso y sobretodo en el caso de mujeres, se tendía a quemar sus cuerpos. En caso de que un noble emplease cierta práctica, además, era expropiado de todos sus títulos y degradado a plebeyo. Se procedía, en ocasiones, a talar sus bosques e incluso a derribar sus castillos.

Fue en 1789, tras la Revolución Francesa, cuando se inicia un periodo de indulgencia respecto al suicidio, concretamente en Francia se despenaliza. La moral religiosa es cierto que sigue penalizándolo y la ética común aunque lo reprueba, entra en un brío ambivalente. El suicidio sigue teniendo, en mayor o menor medida, un carácter delictivo. En Francia, quizá el país más laxo, al cómplice de suicidio, se le consideraba un criminal y era perseguido y castigado como tal. Otros países más rígidos como Inglaterra se consideraba al suicida como un homicida y además se imponían penas materiales, ejecutando sobre el individuo penas públicas similares a las anteriores, en este caso se

tendía a arrastrar el cuerpo por las calles y enterrarlo en un camino público sin ceremonia alguna.

En otros lugares como en Zúrich, la penalización variaba en función del medio de suicidio empleado. Por ejemplo, si el individuo utilizaba un cuchillo para darse muerte, éste era clavado en un madero, que se introducía cerca de la cabeza dentro del ataúd. En el caso de que fuese ahogado, se le enterraba en la arena a cinco pies del agua. En Rusia además de castigos similares a los que hemos visto, se contemplaba pena para la tentativa de suicidio, que era fijada por el organismo eclesiástico autorizado para ello. Sólo se eximia de la pena en el caso de padecer perturbación mental crónica o pasajera.

En España, también se dio una legislación estricta respecto al suicidio, castigando la complicidad y procediendo además de las penas religiosas y morales, a la confiscación de bienes. España debido al influjo del Cristianismo, siempre tuvo una sensibilidad especial a la hora de censurar estas prácticas. Existen precedentes de códigos, como el de la Corona de Aragón, el realizado por Jaime I en Valencia o la Ley de las Partidas, durante el s.VIII en Castilla. Donde se consideraba el aborto un crimen, al cual se aplicaba el correspondiente castigo. Concretamente en la Ley de Partidas se aplicaban penas como la capital o el destierro.

En EE.UU, en el código penal de Nueva York vigente en 1881, se calificaba el suicidio como un crimen, aunque en la práctica no era perseguido por razones prácticas, dado que la pena difícilmente podía alcanzar al culpable. Aunque sí se contemplaban penas para la tentativa de hasta 2 años de cárcel o multa de 200 dólares. Y el concepto de complicidad era muy severo, entendiéndose por cómplice el mero hecho de aconsejar el suicidio.

A finales del s.XIX y principios del s.XX se produce un movimiento eugenista que tendrá su culmen en los totalitarismos que irán emergiendo y cuyo debate sigue vigente en nuestros días. Muchos asocian el comienzo de estas ideas en el nazismo, pero como ya hemos visto es algo erróneo, no sólo porque la percepción histórica nos dice que son muy primigenias y se daban ya en los primeros pueblos, sino porque el punto de eclosión más importante de esta idea resurgió en EE.UU a finales del s.XIX, cuando el número y a la variedad de inmigrantes hacía temer a la población autóctona por una contaminación genética.

En 1903 se funda la American Breeders` Association dentro del cual existía una sección eugenésica, que pretendía promover la mejora de la raza humana siguiendo teorías darwinistas. Los pioneros de esta asociación eran reputados profesores universitarios, como Charles Benedict Davenport, profesor de zoología en Harvard, defensor de una controvertida teoría sobre la transmisión de atributos del carácter, inteligencia, salud, predisposición a la honradez o delincuencia a través de la herencia genética. Otro defensor de esta ideas, más mediático aunque menos científicista fue el escritor Jack London. El mundo de las finanzas no estaba exento de opiniones eugenésicas, el principal magnate del momento John Davison Rockefeller I trasladaba la idea darwinista sobre la teoría de la supervivencia del más apto al mundo empresarial, atribuyendo que ésto era el resultado de la ley natural combinada con la ley de Dios.

En otros lugares también existieron y se crearon instituciones de corte eugenista; como el Galton Laboratory for national Eugenics creado en 1911 en Gran Bretaña. En Francia personalidades como Georges Vacher Lapouge exponía la necesidad de medidas eugenistas y el exterminio de localidades si éstas no controlaban su natalidad.

Como vemos, el auge eugenista, constituido principalmente sobre ideas darwinistas encandiló a muchas personalidades del momento. Se crearon en varios países laboratorios de pensamiento o lo que hoy se tiende a denominar como “think tank”. Estas organizaciones al final constituían ciertos grupos de poder, que lograron que poco a poco, sus ideas fueran teniendo una aplicación política, económica y racial en las diferentes sociedades, mediante la influencia en sus gobiernos. Esto se traduce en políticas segregacionistas y en leyes de prohibición matrimonial como las implantadas Connecticut, Kansas, Nueva Jersey entre otras, durante la primera mitad del siglo XX. Estados como el de Indiana iban más allá, llegando a implantar en 1907 una ley de esterilización forzosa, donde se incluía en la misma personas que debido a sus cualidades genéticas consideradas por los artífices de la norma, como defectuosas o simplemente inadecuadas, se justificaba así la castración de estos individuos. De tal forma, que la castración estaba justificada en todo tipo de enfermos, tanto físicos, como mentales, ciegos, deformes, dependientes, alcohólicos entre otros.

Todas estas leyes, no tenían un seguimiento únicamente local o estatal, sino que estuvieron motivadas y apoyadas por múltiples presidentes, entre ellos Theodore Roosevelt y justificadas y dotadas de crédito científico a través de estudios realizados por

los investigadores más afamados del momento. Muchos de estos investigadores tras la realización de tales estudios recibían agasajos y reconocimiento con todo tipo de honores académicos.

En Gran Bretaña, Churchill aplicó medidas similares a las aplicadas en EE.UU esterilizando a miles de “degenerados” británicos, así como, enviando y segregando a otros tantos en diversas instituciones, las cuales en muchos casos, no distaban mucho de campos de concentración.

La eugenesia no era solo una idea seguida por políticos liberales. También era defendida por militantes de partidos socialistas y comunistas, como el alemán, Karl Kautsky líder del partido socialdemócrata de su país, que defendía el aborto como medida de higiene racial, para paliar las consecuencias que producían la técnica y la estructuración social sobre la raza. La primera genera un desequilibrio, a su juicio, de la ley natural, permitiendo a individuos enfermizos, no solo mantenerse en vida, sino reproducirse. En segundo lugar, consideraba que la situación del proletario era germen de enfermedades y discapacidades sobre las que había que tomar medida hasta que las deficiencias se corrigiesen mediante la implantación de una sociedad socialista.

En países, de gobierno comunista, como era el caso soviético, se realizaron múltiples políticas de salud pública de carácter eugenesista, siguiendo disposiciones similares a las ya vistas en otros lugares.

El culmen de estas prácticas llegó con la Alemania nacional socialista, siguiendo principios darwinistas, promulgo la Ley para la Prevención de la Progenie Genéticamente Enferma. Esta norma permitía la esterilización de personas que padecían debilidad mental, esquizofrenia, maniacos depresivos, deformidades físicas graves mediante un procedimiento velado por un tribunal de salud pública, cuyas sentencias eran irrevocables. Se estima que fueron unas cuatrocientas cincuenta mil esterilizaciones²⁰ las que se llevaron a cabo. Debemos de tener en cuenta, el nazismo se inspiró mucho en los movimientos pro-eutanasia surgidos en las primeras décadas en Estados Unidos, con la salvedad de que su puesta en práctica en el país germano carecía de todo inconveniente o cortapisa. El nazismo no encontró rival patrio ni externo que mostrase disconformidad

²⁰ Buhigas G, *Eugenesia y eutanasia*. Ied. Madrid: Sekotia editorial, 2009 (p 351)

con sus acciones. Lo que llevó en un principio, de esterilizar “enfermos” a ampliar cupo, esterilizando e incluso exterminando a todo individuo que considerasen como “indeseable” entre los cuales se encontraban presos políticos, judíos, y miembros de razas consideradas como inferiores. Más tarde este proceso de mejora de raza se aceleró, en múltiples hospitales y psiquiátricos alemanes, se empezó a exterminar a ancianos sanos, veteranos de guerra incurables, niños “débiles”. Solo antes del comienzo de la Segunda Guerra Mundial, en Alemania se había exterminado cerca de doscientas setenta mil personas.

Todo lo relatado en el párrafo anterior, es consecuencia de un programa denominado Aktion T-4, ejecutado principalmente por médicos y enfermeras de la Alemania nazi a petición y conforme a la legislación que establecieron sus dirigentes. Tenía una doble finalidad, según sus ejecutores, en primer lugar suponía un acto de compasión ante la víctima, pues se suprimía el padecimiento de “vivir una vida indigna de ser vivida” y por otra parte, y en segundo lugar suponía un “beneficio para la comunidad” pues restaba cargas económicas a la sociedad e impedía que la raza se debilitase.

Fue un programa que se gestó antes de que el partido Nazi llegase al poder y confirmado por Hitler mediante su rúbrica cuando llegó al mando. Fue apoyado y aclamado por muchas instituciones pro-eugenésistas internacionales. Sus principales motivaciones fueron socioeconómicas y raciales. Tuvo vigencia hasta 1941, siendo la antesala del exterminio masivo que se produjo después en multitud de campos de concentración. Su principal oposición, fueron las familias de los afectados, así como círculos religiosos de congregaciones católicas y protestantes. Muchos de los opositores fueron conducidos a campos de exterminio y posteriormente ejecutados. A pesar de ello, sus acciones lograron generar cierta oposición y crítica entre jueces y ciertos militantes del partido nazi.

El genocidio nazi finalizó con la derrota militar en la Segunda Guerra Mundial a manos de los Aliados y la Unión Soviética y el posterior enjuiciamiento a través de los procesos de Núremberg, donde se declaró todo tipo de eutanasia activa sin declaración y consentimiento como inmoral e ilegal.

Con el paso del tiempo, comenzaron a resurgir peticiones formales para la implantación de la eutanasia. En 1975 dentro de Estados Unidos, existía la petición de 13 estados para la promulgación de leyes pro-eutanasia, siendo finalmente aprobadas leyes en Florida, California y por último, en 1997 en el estado de Oregón. En Europa, el primer país en

legalizar la eutanasia activa fue Holanda. Existen otros países como Bélgica, Suiza e incluso España, donde se aceptan algunos tipos de eutanasia.

Hoy en día, El debate sigue, no siendo únicamente una controversia médica, sino un problema que alcanza una fuerte disputa y choque de opiniones entre juristas, economistas, filósofos, teólogos. En cambio, a nivel social, este litigio es seguido de lejos, no considerándose un problema a primera página dentro de la opinión pública.

2.2 Marco conceptual

Una vez analizada la conceptualización de vida y muerte en la historia occidental y visto qué repercusión ha tenido, a la hora de influir en el debate, sobre la eutanasia y el suicidio. Vamos a proceder a definir todos aquellos conceptos importantes para poder adentrarnos de forma más profunda en el tema, empoderando al lector de este trabajo, para el análisis ético, jurídico y médico, que vamos a desarrollar en los siguientes capítulos

2.2.1 Eutanasia

En primer lugar este término es tremendamente equívoco, no sólo por su significado, a través del cual, puede entenderse un acto extremadamente bondadoso y piadoso, que busca la muerte sin menospreciar la dignidad del individuo. Como, a su vez, también se puede concebir como un acto cruel, totalitario y criminal que atenta directamente contra la dignidad ontológica de la persona. La equivocación, únicamente no se escuda aquí, pues el término tampoco define en sí mismo sus implicaciones, ya que pueden ir desde la inyección letal hasta la omisión de un tratamiento debido, pasando por el encarnizamiento terapéutico o incluso una muerte con las debidas medidas asistenciales para el dolor.

La acepción etimológica, no viene a clarificar el problema, es un neologismo que viene del término “eu” buena y “tanatos” muerte. De aquí parten las diversas consideraciones anteriormente vistas. De acuerdo a la perspectiva, biológica, psicológica o metafísica, surgen diversos planteamientos de lo que es “bueno” en cada campo. Enrevesando el concepto aún más, cuando desde diversas corrientes filosóficas y religiosas establecemos un posicionamiento respecto a lo que entendemos por “bueno” derivado de nuestro entendimiento y comprensión respecto a nuestro concepto mundo.

Por ello el debate sobre la eutanasia es difícilmente reducible a tan solo unos pocos elementos. Por lo que vamos a exponer las definiciones que se han establecido dentro de las posturas más predominantes respecto a la misma.

La primera definición aparece relacionada con el filósofo Francis Bacon en 1622 en su obra “Historia vitae et mortis” y se refiere a la misma, como un homicidio compasivo de quien sufre graves dolores, entendiendo este homicidio dentro de las actividades médicas.

Otra forma de ver la eutanasia, es como el desistimiento del tratamiento terapéutico cuando la enfermedad está fuera del alcance de la actividad médica. En La obra “Tratados Hipocráticos” de García Gual, se recoge la siguiente fragmento cuando define lo que es la medicina; *“En primer término, voy a definir lo que considero que es la medicina: el apartar por completo los padecimientos de los que están enfermos y mitigar los rigores de sus enfermedades, y el no tratar a los ya dominados por las enfermedades, conscientes de que en tales casos no tiene poder la medicina”*²¹. En nuestra lengua esta acepción se introdujo en 1929. El diccionario de la RAE lo define así. *“(Del gr. εὖ, bien, y θάνατος, muerte). 1. f. Acción u omisión que, para evitar sufrimientos a los pacientes desahuciados, acelera su muerte con su consentimiento o sin él. 2. f. Med. Muerte sin sufrimiento físico”*²². La RAE, define con bastante acierto lo que es eutanasia, recogiendo casi todas sus implicaciones.

En la obra “Cuestiones actuales de la bioética” se define eutanasia como: *“una acción o una omisión que por su naturaleza y en la intención de quien la realiza provoca la interrupción de la vida del enfermo grave o también del niño recién nacido mal formado”*.²³ La Asociación Médica Mundial, la define como *“acto deliberado de poner fin a la vida de un paciente”*. La Sociedad Española de Cuidados Paliativos la define como: *“conducta de acción u omisión intencionada dirigida a terminar con la vida de una persona que tiene una enfermedad grave e irreversible, por razones compasivas y en un contexto médico”*. Existen posicionamientos para los que la eutanasia es un eufemismo cuyo fin es suavizar una acción criminal como el asesinato. Dentro de las posiciones más

²¹ GARCIA GUAL C; *Tratados hipocráticos*. Madrid: Ed Gredos 1983 (vol. I, cap. 3, p. 111)

²² RAE.es [internet] España: Real Academia de la Lengua [22º ed del Diccionario de la Lengua española, 2001] [citado el: 15 de marzo de 2015] disponible en: <http://lema.rae.es/drae/?val=eutanasia>

²³ Tomás y Garrido, Gloria María. *Cuestiones actuales de bioética*. España: EUNSA, 2011. ProQuest ebrary. Web. (P.133)15 March 2015. Copyright © 2011. EUNSA. All rights reserved.

en contra respecto a la ejecución del acto, nos encontramos, con la postura de la Iglesia Católica. Las reflexiones de este organismo respecto al valor y carácter inviolable de la vida humana, se encuentran recogidas en la encíclica de Juan Pablo II “*Evangelium Vitae*” en ella se recoge el siguiente fragmento: “*Por tanto, con la autoridad conferida por Cristo a Pedro y a sus Sucesores, en comunión con los Obispos de la Iglesia Católica, confirmo que la eliminación directa y voluntaria de un ser humano inocente es siempre gravemente inmoral [...] las leyes que, como el aborto y o la eutanasia, legitiman la eliminación directa de seres humanos e inocentes, están en total e insuperable contradicción con el derecho inviolable a la vida inherente a todos los hombres, y niegan, por tanto, la igualdad de todos ante la ley*”²⁴. Para la Iglesia Católica ya desde el Concilio Vaticano II considero que el aborto como el infanticidio eran “*crímenes nefandos*”²⁵, es decir, crímenes indignos de los que no se puede hablar sin repugnancia y horror. Además considera que el mandamiento “*no mataras*” incluye un respeto a toda vida como la de reos y agresores, teniendo un valor absoluto cuando se refiere a persona inocente.

Como hemos dicho, la eutanasia presenta una clasificación muy amplia, por ello, vamos a definir todas sus dimensiones:

EUTANASIA ACTIVA: Eutanasia ejercida mediante una acción positiva que provoca la muerte del paciente.

EUTANASIA PASIVA: Consiste en dejar morir de forma intencionada al paciente por omisión de cuidados o tratamientos considerados como necesarios y razonables. No debemos confundir esta acepción, con la buena praxis médica, cuando se omiten tratamientos por su carácter desproporcionado y contraproducente.

EUTANASIA VOLUNTARIA: Eutanasia que se lleva a cabo con consentimiento del paciente.

EUTANASIA INVOLUNTARIA: Eutanasia que se lleva a cabo sin consentimiento del paciente.

²⁴ Scala A; Chomali F; Melina L; Bragues JL; D’Agostino F; et al. LA ENCICLICA EVANGELIUM VITAE DE JUAN PABLO II –a 15 años después de su publicación. CHILE: humanitas, universidad católica de chile (vol 24, p.55)

²⁵ Wojtyła KJ; Evangelium vitae: Libreria Editrice Vaticana citado el [15 de marzo de 2015] disponible en: <http://w2.vatican.va/content/john-paul-ii/es.html>

EUTANASIA DIRECTA: Es el concepto general de eutanasia, es decir, una acción o una omisión que por su naturaleza y en la intención de quien la realiza provoca la interrupción de la vida del enfermo grave o también del niño recién nacido mal formado.

EUTANASIA INDIRECTA: Es un concepto mal formulado, pues realmente no existe una eutanasia indirecta, ya que su finalidad es causar la muerte. Si la muerte sobreviene de forma indirecta podemos estar hablando de un voluntario indirecto, negligencia u homicidio involuntario.

EUTANASIA INFANTIL: Se puede entender como una dimensión de la eutanasia involuntaria y consiste en un acto de acción u omisión por el que se termina con la muerte de un menor o un no nato a petición de sus progenitores o tutores legales.

2.2.2 Suicidio, suicidio asistido y suicidio equilibrado

El **suicidio** que se considera por lúcido, sin que medie causa alguna de enajenación mental, se entiende como producirse o darse muerte a sí mismo. Etimológicamente viene del prefijo latino “sui” que significa a sí mismo y de la acepción “cidium” significa acto de matar, viene del verbo latino “caedere” cortar o matar. El término suicidio refleja todas las fases del proceso, desde la idealización suicida, que es la imaginación o deseo del acto, el intento suicida, así como el suicidio consumado.

Otro término, que suele usarse erróneamente como sinónimo de eutanasia, es el **suicidio asistido**, se define como *“Actuación de un profesional sanitario (o tercera persona) 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, las medidas intelectuales y/o materiales imprescindibles para que pueda terminar con su vida suicidándose de forma efectiva cuando lo desea”*²⁶. La diferencia sustancial entre eutanasia y suicidio, aun siendo el asistido, radica en la persona que ejecuta el homicidio. En la eutanasia, por definición, siempre será una tercera persona bien por acción u omisión, en el suicidio, aunque sea asistido, quien lo ejecuta es la propia persona, normalmente mediante la

²⁶ Júdez J.. Assisted suicide and euthanasia: An old and tragic debate, with a guarded prognosis. Anales Sis San Navarra [serial on the Internet]. [Cited 2015 Mar 15]. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272007000600011&lng=en. <http://dx.doi.org/10.4321/S1137-66272007000600011>.

ingesta de medicamentos previamente recetados por un médico. A nivel legal el suicidio asistido y la eutanasia tienen consideraciones penales diferentes e incluso se dan situaciones que carecen de cierta lógica o presentan cierta incoherencia. Se supone que el suicidio asistido, tiene una categoría menor que el acto eutanásico, por lo que la legalización de este último derivaría en la consecuencia lógica de despenalización del suicidio, cosa que en muchas ocasiones no se da. Así como, existen códigos legislativos, que han utilizado la aprobación del suicidio asistido como paso previo a la legalización de la eutanasia. Existe incluso otra terminología, como es el “auxilio ejecutivo del suicidio” que se emplea para determinar una cooperación imprescindible en la comisión del acto, diferenciándola de una cooperación innecesaria denominada “auxilio simple del suicidio”.

Dentro de este apartado, veremos cómo último concepto, lo que viene a denominarse **suicidio equilibrado**. Fue un término acuñado por Alfred Hoche en 1919, supone un suicidio que se acomete sin impulsividad y ajeno a las consecuencias de la depresión y que no tiene como objeto llamar la atención sobre una determinada causa. Es un suicidio premeditado, derivado de una ideología adversa a la existencia. Tiene sus raíces en escuelas griegas como el Cinismo y Estoicismo y en distintas religiones orientales como el Jainismo. Actualmente, se tiende a utilizar como justificación para legalizar y suavizar el homicidio propio entre individuos que no experimentan patología física o psíquica alguna, es un desenlace de la pendiente resbaladiza en la que el permisivismo legislativo de muchos países ha caído, debido a las consecuencias de la jurisprudencia e interpretaciones legislativas.

2.2.3 Cuidados paliativos, tratamiento fútil, medios desproporcionados, medios proporcionados, sedación paliativa y síntoma difícil y refractario.

- Cuidados paliativos: La OMS lo define como: “*El cuidado total y activo de los pacientes cuyas enfermedades no responden al tratamiento curativo, valorando como primordial el control del dolor y de otros síntomas, así como los problemas*”

psicológicos, sociales y espirituales. El objetivo de los cuidados paliativos es alcanzar la mejor calidad de vida posible para los pacientes y sus familias”²⁷.

- Tratamiento Fútil: Se considera que un tratamiento es fútil cuando el beneficio máximo que puede aportar resulta insuficiente dado que no alcanza la mínima finalidad terapéutica prevista. En estos casos, el fin terapéutico debe cambiar a un fin paliativo. La insistencia en un tratamiento que se considera fútil, puede hacer caer al profesional, en la mala praxis de obstinación terapéutica.

- Medios Proporcionados o Necesarios: Una buena definición la encontramos en el magisterio del Papa Pio XII, acerca de lo que es un medio proporcionado o también llamado necesario: *“Tratamientos o medios ordinarios son aquellos que ofrecen una esperanza razonable de producir algún beneficio sin imponer cargas inaceptables”*²⁸

- Medios Desproporcionados o Extraordinarios: *“Son aquellos que conllevan cargas inaceptables sobre el paciente u otras personas. Solamente son moralmente obligatorios los tratamientos ordinarios. No existe obligación moral de instaurar tratamientos extraordinarios”*²⁹. Debemos entender que la clasificación entre medio proporcionado y desproporcionado no es una clasificación absoluta, sino es más bien una categorización moral del uso de determinados medios en función de la situación concreta de cada paciente. Esta categorización, se tiene que hacer de forma individual para cada paciente, atendiendo a una valoración que se basa en criterios de proporcionalidad respecto de la eficacia del medio frente a la patología y de ordinariedad es decir, la cuantificación de la dificultad o el esfuerzo para hallar o usar dicho medio, esto

²⁷ Colell Brunet, Ramón. *Enfermería y cuidados paliativos*. España: Edicions de la Universitat de Lleida, 2008. ProQuest ebrary. Web. 16 March 2015. (p.23) Copyright © 2008. Edicions de la Universitat de Lleida. All rights reserved

²⁸ Garcés Ceresuela M; *Nutrición e hidratación en situaciones críticas. Estudio descriptivo de pacientes hospitalizados*. España: Universidad Internacional de Cataluña, 2008 (p.25) [citado el 16-3-2015] recurso disponible en: www.bioeticacs.org/iceb/investigacion/Garces_Bioetica_tesis_actualizada_corregida_nutricion_e_hidratacion_2008.pdf

²⁹ Garcés Ceresuela M; *Nutrición e hidratación en situaciones críticas. Estudio descriptivo de pacientes hospitalizados*. España: Universidad Internacional de Cataluña, 2008 (p.25) [citado el 16-3-2015] recurso disponible en: www.bioeticacs.org/iceb/investigacion/Garces_Bioetica_tesis_actualizada_corregida_nutricion_e_hidratacion_2008.pdf

depende de la situación geográfica en la que nos encontremos, de las posibilidades del sistema de salud bajo el que estemos, así como el grado de accesibilidad que tengamos al mismo.

- Síntoma difícil: Todo síntoma que puede ser controlado a pesar de la realización de grandes esfuerzos para la obtención de un tratamiento tolerable que no compromete la conciencia y cuyo logro se realiza en un tiempo razonable.
- Síntoma refractario: Aquel síntoma que no puede ser controlado a pesar de la realización de grandes esfuerzos para la obtención de un tratamiento tolerable que no compromete la conciencia y cuyo logro se realiza en un tiempo razonable.
- Sedación paliativa y en agonía: *“Es la administración deliberada de fármacos, en las dosis y combinaciones requeridas para reducir la consciencia de un paciente con enfermedad avanzada o terminal, tanto como sea preciso para aliviar adecuadamente uno o más síntomas refractarios y con su consentimiento explícito”*. Se considera sedación en agonía: *“A un caso particular de la sedación paliativa, y se define como la administración deliberada de fármacos para lograr el alivio, inalcanzable con otras medidas, de un sufrimiento físico o psicológico, mediante la disminución suficientemente profunda y previsiblemente irreversible de la conciencia en un paciente cuya muerte se prevé muy próxima”*³⁰

2.2.4 Ortotanasia, Distanasia, obstinación terapéutica, abandono y limitación del esfuerzo terapéutico.

- Distanasia, Obstinación terapéutica o encarnizamiento terapéutico: Consiste en el uso de medios desproporcionados para prolongar de forma artificial la vida de un paciente, indiferentemente del daño o precariedad de vida a la que estas acciones someten al paciente. Muchos autores³¹ coinciden que el fin de la medicina es la sanación del paciente, no impedir la muerte. Entendiendo el trascurso de muerte,

³⁰ Ministerio de Sanidad y Consumo; *Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos*. España: Servicio central de publicaciones del Gobierno Vasco, 2008 (p.195) [citado el 16-3-2015] disponible en: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_428_Paliativos_Osteba_compl.pdf

³¹ Vilches S., Liliana. *Sobre la eutanasia*. Chile: Red Revista de Psicología, 2005. ProQuest ebrary. Web. 16 March 2015. (p.5) Copyright © 2005. Red Revista de Psicología. All rights reserved.

como un proceso natural, donde la evolución de la enfermedad transcurre de forma irreversible, produciendo la futilidad de aquellos medios proporcionados y a pesar del correcto empleo de la terapia.

- Abandono: Constituye el otro extremo a la obstinación y supone una mala praxis médica, en la que se deja de prestar atención adecuada a las necesidades de la familia y paciente debido a una formación insuficiente o a la falsa creencia “en que no hay nada que hacer”. A juicio de muchos expertos, esta mala praxis está directamente relacionada con el deseo anticipado de morir que presentan muchos pacientes.
- Ortotanasia: Procede del vocablo griego “orto” que significa correcto y de “tanatos” que significa muerte. Viene a significar una actuación correcta ante la muerte, es decir, no busca la muerte y se basa en un correcto uso de la medicina paliativa sin recurrir a medios extraordinarios, dejando que sean las propias causas de la enfermedad las que deriven en el óbito.
- Limitación del esfuerzo terapéutico: A diferencia del concepto anterior, la limitación del esfuerzo terapéutico se considera una buena praxis. Consiste en la retirada o no inicio de medidas terapéuticas tras la valoración y decisión del equipo sanitario que estima que éstas resultarían inútiles para la situación concreta bajo la que se encuentra el paciente.

2.2.5 Concepto de “fuerza mayor”

Es un concepto Legal que se refiere un hecho que no se puede evitar ni tampoco prever. Se utiliza como eximente a la hora de establecer en litigios responsabilidad por los daños. En Holanda, tras la legalización de la eutanasia, se estableció este concepto como recurso legal a la hora de mitigar la responsabilidad de los médicos. En estos casos previstos por el código penal, se revierte el carácter delictivo del acto eutanásico, permitiendo a los facultativos llevarla a cabo con impunidad. Se contemplan los siguientes: Enfermedad grave e irreversible, dolores insoportables y agotamiento de recursos.

2.2.6 Concepto de consentimiento informado y Documento de voluntades anticipadas

El **Consentimiento informado** es un proceso gradual, que se centra en la relación médico paciente y constituye la garantía de la autonomía de este último, velando por que la información que recibe del personal sanitario, sea suficiente, clara y comprensible. Capacitando a la persona en el ejercicio de su voluntad, para la toma de decisiones de forma activa, respecto al diagnóstico y tratamiento de la enfermedad.

El CI en ocasiones se puede ver limitado por aspectos que supongan riesgos para la integridad física y psíquica del propio paciente, riesgo para la salud pública y en caso de urgencia vital imperiosa bien para la madre o el feto. El CI puede obtenerse de forma oral o escrita, dependiendo de cada situación concreta.

Este mecanismo médico-jurídico se compone de una serie de elementos. La voluntariedad, entendida como la aceptación del firmante de forma libre, sin coerción, ni presión alguna y con plena conciencia de sus actos. La información suficiente, que supone un desarrollo detallado y claro, con un lenguaje acorde a la destreza lectora y comprensiva del paciente. Y por último, validez y autenticidad, es decir, que debe de tener aquellos requisitos necesarios que se exigen en un proceso legal.

El **Documento de voluntades anticipadas** o también denominado Testamento vital, consiste en un documento, a través del cual, una persona mayor de edad y con capacidad legal suficiente, padeciendo o en previsión de padecer enfermedad o deficiencia que pueda afectar a su estado físico y psíquico limitando la expresión de su voluntad, Pueda dictar instrucciones o disposiciones relativas a su asistencia médico-sanitaria. El objeto de este procedimiento es evitar la obstinación terapéutica.

Siendo tecnicistas, la denominación más correcta es documento de voluntades anticipadas, puesto que el vocablo testamento se refiere en argot legal al conjunto de bienes y derechos póstumos, es decir, con eficacia postmortem no aplicables hasta el deceso del interesado.

El contenido nunca podrá ser contrario al ordenamiento jurídico ni al derecho penal, por ello en este documento, no cabe la exigencia de eutanasia activa. En cambio, sí que contempla disposiciones que podrían derivar en una eutanasia pasiva. Por ejemplo, resulta legal la prohibición del uso de determinadas intervenciones, procedimientos o aparataje

en el campo de la medicina intensiva. Bien es cierto, que todas las disposiciones de este documento quedan sometidas a juicio médico y podrán no ser tenidas en cuenta bajo dos situaciones de hecho; porque se estimen contrarias a la buena práctica clínica o por que se consideren disposiciones que no corresponden a la enfermedad bajo objeto de tratamiento.

Este documento podrá ser revocable en cualquier momento. Bien aun siendo el interesado capaz o bien siendo éste incapaz y bajo una serie de consideraciones legales que nos permitan disponer que el interesado pueda haber cambiado de opinión.

CAPITULO 3: Marco legal en la Eutanasia

Antes de pasar a hablar de las implicaciones legales que presenta el tema que nos ocupa. Debemos de conocer las características, los participantes y la naturaleza del acto. La petición de eutanasia parte de una solicitud que realiza el paciente o un representante legal del mismo al médico, aunque también, en ciertos casos, en lo que llamamos eutanasia involuntaria, la decisión es tomada de forma unilateral por el facultativo. Por tanto, pueden existir tres participantes, medico, sujeto y representante legal del sujeto. La naturaleza del acto, así como el vínculo entre estos actores, es una relación reglada. Es decir, supone una situación que se encuentra regulada en el ordenamiento jurídico a través de diversos códigos, leyes y jurisprudencia. En la que se reconocen unos límites y unos supuestos de actuación.

El ordenamiento jurídico siempre se construye para la defensa de unos principios, así como, de unos bienes y derechos que subyacen de estos primeros. Concretamente en lo referente al acto eutanásico y al suicidio, existen tres bienes básicos sujetos de protección, que se utilizan indistintamente en el debate, bien para su defensa, como para su detracción. El primer bien que tenemos en cuenta es la vida física, el segundo la dignidad de la persona y el tercero su autonomía. En función de la interpretación y jerarquía, que en cada ordenamiento se da a estos valores, se justifica, de forma legal o no, la eutanasia como el suicidio asistido.

Curiosamente son valores muy relacionados entre sí y de interpretaciones muy distintas. Respecto a derecho a la vida; podemos encontrar desde opiniones muy liberales donde se coincide que la vida constituye el derecho a disponer libremente de su propia existencia, con tan solo una protección mínima sobre la violencia externa. Otras opiniones más socialdemócratas piensan que el derecho a la vida lo constituye el hecho de garantizar una subsistencia y unos mínimos necesarios que proporcionen una vida digna. Posturas religiosas como las de la Iglesia Católica, tienen la creencia de que la vida es un don de Dios, el cual la persona puede aprovechar, pero siendo consciente de que carece de una disponibilidad absoluta sobre el mismo.

A pesar realmente, que en las definiciones anteriores se están entremezclando todos los principios que entran en juego e independientemente de incluirse nuestra opinión en una postura u otra. Lo cierto, es que del derecho a la vida subyace todo lo demás. El hecho de

estar vivos es lo que nos dota de una dignidad y una autonomía, sin vida, estas dos realidades de la persona no serían posibles.

Autonomía y dignidad son valores muy interrelacionados. Ambos son piedra angular del debate. La autonomía, es la libertad que se reconoce a la persona, a una entidad jurídica o a una cosa para asumir de forma independiente la capacidad de ejercer derechos, tomar decisiones o decidir sobre la propia persona sin intervención externa. Por otra parte, La Dignidad, es un vocablo latino que viene del adjetivo Dignus, que significa valioso y se refiere a un sentimiento que nos hace sentir meritorios o útiles, independientemente de nuestra vida material o social. Es un aspecto intrínseco de la persona y de valor supremo, cuyo culmen reside en un respeto y en la autonomía del paciente. En el campo religioso, este concepto va más allá, La dignidad Ontológica, es una realidad inalienable, que nos viene dada por Dios por el mero derecho de existir, de ser; es una realidad distinta a la moral o a la personal, donde la pérdida de respeto u autonomía no deriva en la pérdida de dignidad ontológica, puesto que esta no es gradual como la personal, sino absoluta.

Por lo tanto, de lo visto anteriormente derivan las siguientes posturas. Existen colectivos que piensan que la dignidad de la persona depende de ejercicio de su autonomía y por lo tanto, es ella misma quien debe tener libertad acerca de la vida o la muerte. Normalmente quienes piensan esto, también son partícipes de considerar que la dignidad es gradual y por tanto existen una serie de situaciones, donde la dignidad de la persona es negativa, por lo que, la vida en determinadas circunstancias puede considerarse indigna, justificando la eutanasia, así como el suicidio. Otros piensan que la dignidad personal, además de en la autonomía, se basa en el respeto. El culmen de ese respeto nace de la protección por la vida física, bien supremo de toda persona, considerando que la eutanasia, no solo es un atentado contra la vida, sino también contra la dignidad personal. Por último, a nivel religioso, la iglesia católica se centra en la dignidad ontológica, excluye debate alguno, puesto que carece de grados, siendo absoluta, la vida y muerte corresponden a Dios, no al individuo. Todo atentado contra la naturaleza de la vida, supone un atentado a Dios y a la dignidad ontológica del individuo. Huelga decir, respecto al primer colectivo, que caen en una incoherencia de base. Pues el ejercicio de la eutanasia se realiza por parte de un tercero. Ese tercer actor, también tienen una dignidad y una autonomía, la cual es objeto de respeto. La eutanasia por tanto no es un acto autónomo y supone una contrariedad, pues el deseo del sujeto puede caer en conflicto con la dignidad y moral de quien es obligado a ejercerlo. Por ello, en derecho y en los códigos

deontológicos correspondientes se reconoce el derecho a la objeción de conciencia, como medio para salvaguardar la dignidad de esta tercera persona.

Una vez vistos, los sujetos que intervienen, los principios que se salvaguardan o se lesionan y la naturaleza del acto. Vamos a proceder a describir cómo funciona este procedimiento en los distintos países donde ha sido legalizado y vamos a hacer mención especial de España, viendo cuál es su situación jurídica.

3.1 Marco legal en España

Para ser ordenados en la exposición, vamos a empezar por localizar los principios anteriormente vistos y que tienen relación y entran en debate con la cuestión tratada. Dentro de nuestro ordenamiento, la norma fundamental es la Carta Magna, la Constitución Española de 1978. Constituye la norma suprema por la que se rige el derecho español y la que marca la relación existente entre los tres poderes del estado. Respecto al tema que nos interesa, recoge los derechos fundamentales de los ciudadanos, es decir, aquellos derechos que nos hacen iguales y que garantizan nuestras libertades individuales. Si analizamos el Capítulo segundo, vemos un desarrollo de todos los derechos y libertades, así como obligaciones, que se reconocen a la persona por su característica de ciudadano del Estado Español. En este primer apartado, ya se puede ver un desarrollo amplio de todas las libertades y definir muy bien el grado en que gozamos. Anteriormente, en el Art 10 de la misma, nos habla de la dignidad, otro de los principios ya vistos, y lo asocia al desarrollo de la libertad entendida dentro de los límites del desarrollo de la personalidad, en el respeto a la ley y a los derechos de los demás. Por último, si vamos al artículo 15, encontramos el último de los principios, el más fundamental, el derecho a la vida y a la integridad física y moral, matizando que en ningún caso, pueden ser sometidos a tortura, penas o tratos inhumanos y degradantes.

El problema, desde el punto de vista legal, sería sencillo si tuviésemos reconocido un principio que defendiera o no el derecho a la muerte, así de forma sencilla y desde un punto de vista siempre legal, tendríamos zanjado el problema. Al no ser así, en este caso debemos primeramente interpretar los 3 principios que se regulan y posteriormente dotarlos de una jerarquía, viendo cual prevalece sobre otro. Este hecho abre la puerta a un posible debate legal, que ya comenzó en 1996, cuando se inició un intento de despenalización en el Código penal de elementos que podrían dar pie en un futuro a la

eutanasia. En el código penal el suicidio o la muerte voluntaria no están tipificados como delito, aunque tampoco resulta una situación indiferente para el legislador, que si criminaliza el colaboracionismo con la conducta suicida en su artículo 143 *“1. El que induzca al suicidio de otro será castigado con la pena de prisión de cuatro a ocho años. 2. Se impondrá la pena de prisión de dos a cinco años al que coopere con actos necesarios al suicidio de una persona. 3. Será castigado con la pena de prisión de seis a diez años si la cooperación llegara hasta el punto de ejecutar la muerte. 4. El que causare o cooperare activamente con actos necesarios y directos a la muerte de otro, por la petición expresa, seria e inequívoca de éste, en el caso de que la víctima sufriera una enfermedad grave que conduciría necesariamente a su muerte, o que produjera graves padecimientos permanentes y difíciles de soportar, será castigado con la pena inferior en uno o dos grados a las señaladas en los números 2 y 3 de este artículo”*³². El código penal, habla por un lado de colaboración con el suicidio, entendiendo éste como un homicidio y distingue dos ámbitos de cooperación; necesaria y la ejecución directa, ambos sancionados con una pena curiosamente reducida respecto al homicidio común que se sitúa de 10 a 15 años de pena de prisión. Quedan excluidos por tanto los supuestos de auxilio simple e inducción para el suicidio. Es decir, no se considera delito el cooperar en el suicidio de una persona, siempre y cuando, nuestra ayuda no sea relevante para la consecución del acto. Así como, tampoco está penado animar o motivar a una tercera persona para que se quite la vida. Pero es el cuarto punto de este artículo, quien convierte a nuestro código penal en uno de los más laxos que existen en Europa. Pues contempla el homicidio eutanásico tanto activo como pasivo, otorgándole un privilegio en forma de atenuante, de uno a dos grados, respecto a la pena de suicidio. Esto implica que la levedad de la pena puede llevar a un incumplimiento de la misma.

Siendo objeto de debate parlamentario, concretamente en el diario de sesiones del 1 de junio de 1995³³ la postura de los grupos más conservadores era la modificación del punto cuatro, estableciendo los atenuantes en relación con el delito de homicidio recogido en

³² Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal («BOE» núm. 281, de 24/11/1995.) (p. 42-43)

³³ Serrano Ruiz-Calderón, José Miguel. *La eutanasia. España: EIUNSA, 2008. ProQuest ebrary. Web. 19 March 2015. (p.17-19) Copyright © 2008. EIUNSA. All rights reserved.*

el artículo 138, en vez de con el de suicidio. Otros grupos como el PNV, se postulaban en modificar el punto 4, concretando mejor la situación de paciente terminal, puesto que a su entender, dejaba la situación del paciente muy en el aire creando un tipo jurídico indeterminado. Los grupos de izquierda y el Partido Socialista, por el contrario eran partidarios de suprimir ese punto cuarto, y elaborar una norma que recogiese la práctica legal de la eutanasia.

En España, el desarrollo del debate en torno a la eutanasia ha sido singular, a diferencia de otros países, ha venido desarrollado alrededor de una sola persona. El caso Ramón Sampedro trasladó el debate a la calle. Éste era un gallego natural de Xuño, una aldea de la provincia de La Coruña. Mecánico mercante de profesión, recorrió múltiples lugares a lo largo del mundo, hasta que debido a un accidente, sufrió una lesión medular a la altura de la séptima vértebra cervical, cuya consecuencia natural es la tetraplejia. Huelga decir, que este tipo de tetraplejas con la rehabilitación adecuada pueden llegar a permitir la movilidad de los brazos, no así la de los dedos de la mano. Este hecho le hubiera permitido vivir con cierta autonomía. Pero Sampedro a diferencia de otros muchos discapacitados en su situación, optó por no seguir rehabilitación alguna, desde el principio expuso el deseo de una muerte digna como único motivo de lucha. Por ello numerosos colectivos y asociaciones pro-eutanasia se fijaron en su situación y lo convirtieron en un icono y estandarte de sus intereses, convirtiendo su reclamo de muerte como derecho personal, en una lucha por el reconocimiento de una muerte digna y la legalización de la eutanasia.

La singularidad del caso no viene por lo anteriormente relatado, sino por la situación del protagonista. Dado que no es un enfermo terminal, sino una persona con una discapacidad, la cual considera suficiente para sostener que su vida no tiene la calidad suficiente para ser vivida. La imparcialidad de la calle, rápidamente se puso del lado de Sampedro, desoyendo de forma injusta otras voces, que dado, que se encontraban en una situación similar a la de Ramón, tenían igual cabida en el debate. Opiniones como las del filósofo Romañach, que recriminaba a Sampedro que con la rehabilitación adecuada hubiera tenido una vida tan digna y autónoma como la suya aquejado del mismo problema. O la del Sacerdote, Luis de Moya, igualmente tetrapléjico de la misma opinión que Romañach y sobretodo muy reticente a la opinión de Sampedro sobre la relación que había entre la tetraplejia y la dignidad del hombre. Donde a juicio del sacerdote, la humanidad y la movilidad no son elementos relacionados, la pérdida de una no implica la pérdida de la otra. El tono despectivo de Sampedro acerca de la minusvalía, no solo

hizo que salieran opiniones individuales disconformes a su paso. Sino varios colectivos como la Federación Nacional de Asociaciones de Lesionados Medulares y Grandes Minusválidos se opusieron a la identificación de eutanasia con tetraplejia.

Tras un multitudinario debate mediático. Sampedro influido por múltiples asociaciones pro-eutanasia traslado su lucha a la vía legal, comenzando con una demanda carente de sentido ante el Juzgado número 5 de primera instancia de Barcelona, que siguiendo la lógica jurídica, fue desestimada el 28 de febrero de ese mismo año, por incompetencia territorial, dado que Sampedro residía en La Coruña. Sendos rechazos también obtuvo del Tribunal Constitucional y del Tribunal Europeo de Derechos Humanos ambos debidos a errores procedimentales cometidos por Sampedro. Son muchos los que acusan y no con falta de razón, que la intención de Sampedro era únicamente mediática, pues resulta difícil entender como su letrado pudo caer y reiterarse tanto en errores de forma tan básicos e incompresibles para una persona con formación jurídica. En 1995 reinicio la lucha interponiendo demanda ante el juzgado de Noya. En este caso no había error de forma, dado que si era territorialmente competente. La resolución concluyo que en nuestro ordenamiento, no se recogía el derecho a la muerte digna en ninguno de sus casos, pero sin embargo, el auxilio ejecutivo al suicidio sí que estaba penado. Es conveniente recordar que por aquel entonces, todavía no existía el eximente previsto en el punto cuatro del artículo 143. Al año siguiente la Audiencia Provincial de La Coruña, reforzó la sentencia dictada por el Juzgado de Noya, en base a una sentencia anterior del Tribunal Constitucional, la cual aludía al artículo 15 de la Carta magna, para justificar su decisión frente a la sentencia referida a la huelga de hambre mantenida por miembros del grupo terrorista GRAPO, en la que se reconocía que en nuestro derecho no existe principio alguno respecto al derecho de garantizar la propia muerte. En 1998, el proceso se paralizó con la muerte de Ramón Sampedro, a pesar de la interposición de demandas posteriores al Tribunal Constitucional y al Tribunal Europeo de Derechos Humanos con el fin de mantener vivo el caso. Posteriormente y en ese mismo año, a petición del Partido Socialista, se creó una comisión especial para el estudio sobre la eutanasia y el derecho a la muerte digna que termino su trabajo sin conclusiones, trazando simplemente un mapa con diferentes opiniones de personalidades relevantes acerca del tema.

La ley 42/2002 de 14 de noviembre que regula entre otros supuestos la autonomía del paciente. Recoge dos figuras importantes, por un lado la figura del Consentimiento Informado, en su art.8, culmen de la autonomía del paciente, y por otro lado en su art.11,

recoge las Instrucciones Previas. Resulta interesante este concepto pues permite manifestar de forma anticipada la voluntad del paciente y dejar constancia de la misma, para un futuro en el cual, dicho sujeto debido a circunstancias derivadas de una enfermedad o padecimiento no pueda comunicarlas. La norma limita la aplicación de las mismas a los supuestos previstos en ley, así como en el punto 4 del art. 2, se establece la posibilidad de negarse a un tratamiento salvo los supuestos excluidos por el derecho. Estas características pueden dar pie a una eutanasia pasiva, así como a establecer una voluntad previa favorable a la eutanasia, si en un futuro existe permisividad legal hacia la misma. Puesto que no establece restricciones legales en su elaboración, sino en la aplicación de tales voluntades de acuerdo a las restricciones vigentes en ley.

Existe legislación a nivel autonómico que regula la muerte digna y el derecho a unos cuidados paliativos. Entre las mismas, tenemos la Ley 2/2010, de 8 de abril en Andalucía, la Ley 10/2011, de 24 de marzo, en Aragón o la Ley 1/2015, de 9 de febrero, en Canarias, que presentan un articulado similar. Curiosamente en todas ellas, en su art 8. Se recoge el derecho a rechazar la intervención de la siguiente forma; *“Toda persona tiene derecho a rechazar la intervención propuesta por los profesionales sanitarios, tras un proceso de información y decisión, aunque ello pueda poner en peligro su vida. Dicho rechazo deberá constar por escrito. Si no pudiese firmar, firmará por el paciente una persona que actuará como testigo a su ruego, dejando constancia de su identificación y del motivo que impide la firma por la persona que rechaza la intervención propuesta. Todo ello deberá constar por escrito en la historia clínica.”*³⁴. Esta normativa está auspiciando lo que se conoce como eutanasia pasiva, es decir, se permite la omisión de cuidados considerados por necesarios, siempre y cuando, el paciente haya recibido información pertinente y deje constancia de ello por escrito. A su vez, todas estas normativas, derivan a los Comités de Ética Asistencial todas aquellas situaciones que supongan un conflicto

³⁴ • Ley 2/2010, de 8 de abril, de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de la muerte

• 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. (BOA núm. 70 de 07 de Abril de 2011 y BOE núm. 115 de 14 de Mayo de 2011)

• Ley 1/2015, de 9 de febrero, de derechos y garantías de la dignidad de la persona ante el proceso final de su vida

entre el personal médico y usuario. Así como, para la asesoría del personal sanitario en todos los casos clínicos del que deriven dilemas éticos y morales. Otro punto importante de estas leyes, que concretamente en todas se regula en su art.21 es la limitación del esfuerzo terapéutico. Aludiendo al personal médico a la buena praxis sanitaria, adecuando las medidas terapéuticas a la situación clínica del paciente, evitando la obstinación terapéutica. Tal limitación del esfuerzo terapéutico debe de estar en acuerdo con el paciente o representante legal del mismo, recogida en la historia clínica y apoyada en la opinión coincidente, de al menos dos profesionales sanitarios que participen en el proceso clínico del paciente, siendo uno personal facultativo y otro de ellos pudiendo ser el personal de enfermería responsable de sus cuidados, dichas opiniones deberán ser recogidas en la historia clínica. Todo ello no exime de la atención paliativa siempre acorde a las voluntades manifestadas por el paciente. Huelga decir, que el derecho a cuidados y sedación paliativa se encuentra recogido en todas las reglamentaciones.

Relacionado con la eutanasia, lo último que podemos encontrar en el ordenamiento español, es un intento de proposición de ley reguladora de los derechos de la persona ante el proceso final de la vida del PSOE en 2011, realmente guarda mucha relación con la ley andaluza 2/2010, de 8 de abril de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de la muerte. Este proyecto estuvo sujeto a polémica, bien es cierto, que no tuvo una gran crítica directa, pero si fue sometido a acusaciones contundentes, como aquellas que aseguraban que la única motivación de este anteproyecto era la limitación de polémicas, como la acaecida en 2005 en el Severo Ochoa, tras las prácticas del Doctor Luis Montes acusado de realizar sedaciones irregulares. Debido a que anteproyecto, antepone la voluntad del paciente sobre el juicio crítico, eliminando divergencias entre médico y paciente y eximiendo de responsabilidad alguna al facultativo.

Asociaciones conservadoras, así como la Conferencia Episcopal mostraron cierta preocupación por el anteproyecto, ya que consideraban que permitía el ejercicio de la eutanasia “encubierta” y abría el camino para la futura legalización de la eutanasia. Sus reservas se debían a que la voluntad del paciente prevalecía sobre la del médico, reconociéndole un derecho tan controvertido como el de la sedación en el art.11.2 apartado C o negación de ciertos tratamientos, que a juicio clínico pueden considerarse como necesarios o proporcionados. Esto no solo supone el hecho de una posible “eutanasia encubierta” sino que además supone una coacción al personal médico por parte del paciente a consta de la prevalencia de su voluntad.

Otras asociaciones como la Sociedad Española de Cuidado Paliativos y El Organización de Médicos Colegiados, consideran oportuna una ley para regular en materia sanitaria, circunstancias importantes, a su juicio, de la medicina moderna y que hasta entonces carecían de respuesta del legislador, sirviendo como única guía elementos del derecho positivo y códigos deontológicos. Esto no es óbice, para que a pesar de lo pertinente que pudiera resultar el anteproyecto, presentasen a su vez ciertas objeciones, en forma de 36 enmiendas al procedimiento.

Este anteproyecto incluía aspectos interesantes como el reconocimiento como derecho de la atención paliativa, la extensión de la aplicación de la misma al ámbito domiciliario donde el paciente podría disfrutar de sus últimos días en un entorno familiar en compañía de los suyos. En hospitalización, se garantiza la intimidad del paciente en fase de agonía con la posibilidad de habilitar una habitación individual para el curso de la fase final de la enfermedad. Así como otros derechos, la protección de datos, la participación del paciente en la toma de decisiones y la intención y énfasis en la salvaguarda de la dignidad del paciente, aunque no se realizase de la forma más correcta.

En cambio, otros aspectos del mismo, provocaron gran disconformidad, y no solo en los sectores más conservadores, sino en un grupo más amplio de participantes. La definición de eutanasia en el anteproyecto se limitó a la tipificación legal establecida, dejando el término definido de forma muy imprecisa. Seguía quedándose fuera del término la eutanasia pasiva y por ello tanto el SECPAL y la OMC en su alegación número 7 decían lo siguiente: *“es esencial definir claramente todos los conceptos utilizados en esta Ley, particularmente aquellos que pueden crear mayor confusión entre los ciudadanos”*³⁵. La petición concreta es la contemplación del término “omisión” dentro de la definición de eutanasia, puesto que la retirada de elementos como la hidratación o la nutrición en muchos casos pueden deberse únicamente a fines eutanásicos. Otro de los aspectos sujetos a crítica es la derogación que hace del Art 11.3 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, de Autonomía del Paciente: *“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 (...).”* La

³⁵ Martínez Otero J, Aznar J, Gómez I, Cerda G. COMENTARIOS AL PROYECTO DE LEY REGULADORA DE LOS DERECHOS DE LA PERSONA ANTE EL PROCESO FINAL DE LA VIDA. Cuadernos de Bioética 2011; XXII577-594. (p.8) Consultado el 21 de marzo de 2015. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=87522184007>.

consecuencia de esta derogación sería la pérdida de límites en el derecho de autodeterminación del paciente, obligando al personal sanitario a no seguir un procedimiento reconocido como objetivamente correcto dentro de las reglas generales médicas o que se emplea como norma general en casos similares, lo que se conoce como “Lex artis”, sino que la voluntad del paciente impera sobre el resto de circunstancias. Esto llevo al SECPAL y OMC a alegar *“el Anteproyecto de Ley obliga al profesional sanitario a ejecutar las instrucciones de los pacientes, aunque éstas sean contrarias a la lex artis, y aunque dicho profesional haya propuesto una gama de intervenciones (esta vez sí, sujetas obligatoriamente a la lex artis) diferentes a las que el paciente quiere. De esta forma, el Anteproyecto no sólo permite, sino que despenaliza la mala praxis, e incluso obliga a ejecutar diagnósticos o procedimientos erróneos si el paciente así lo solicita”* Esto a juicio de muchos médicos supone una violación absoluta del principio ético de beneficencia, Además alertan contra la desprotección que puede experimentar el paciente, puesto que muchas de estas decisiones se toman en situaciones finales donde el paciente puede hallarse en circunstancias de incapacidad y caer en manos de representantes legales que no tengan como motivación los intereses del paciente y la buena praxis médica, inhabilitando a los propios facultativos para defender al paciente de decisiones individuales de sus representantes que vayan contra la “lex artis” medica.

Otro aspecto en controversia es el que se encuentra en el artículo 11.2 en su apartado C *“A recibir, cuando lo necesiten, sedación paliativa, aunque ello implique un acortamiento de la vida, mediante la administración de fármacos en las dosis y combinaciones requeridas para reducir su consciencia, con el fin de aliviar adecuadamente su sufrimiento o síntomas refractarios al tratamiento específico.”* Sobre todo la “coletilla” *“aunque ello implique un acortamiento de la vida”* puesto que consideran que no está demostrado que la sedación paliativa así como el resto de medidas analgésicas en su correcta dosis respecto a la situación del paciente aceleren la muerte. Otro punto en conflicto, respecto a este tema es quien propone la sedación y la incoherencia existente en la ley, respecto a la obligación que tienen los médicos a proponer tratamientos siempre acordes al “lex artis” medica, pero por el contrario, la imposición a la que se somete al facultativo a la hora de aceptar tratamientos a voluntad del paciente, aun violando la “lex artis”. Entienden que en una situación tan delicada, como resulta la sedación paliativa, debería estar correctamente reglado y bien limitado respecto a la elección del mismo. Pero en la misma norma parecen existir dos tipos de reglamentación diferente. Entienden que

el paciente puede rechazar tratamientos o no iniciarlos, bien por su futilidad, por ser extremadamente invasivos o por lo penosos que resultan, además que este derecho está reconocido en el articulado de otras leyes y códigos deontológicos como el Convenio de Oviedo o la Ley 14/2002, de 14 de noviembre, de Autonomía del Paciente. Pero consideran que realizar un procedimiento paralelo donde el paciente, es dueño y señor, de su tratamiento e incluso tiene la autonomía para autoimponerse tratamientos como la sedación paliativa en situaciones donde se considere contraria a la buena praxis médica, no es un medio que proteja al paciente contra la obstinación terapéutica o el sobreesfuerzo médico. La clave aquí, reside en determinar que elementos de la fase final se pueden considerar tratamientos y por tanto pueden ser rechazados o interrumpidos y cuales pueden considerarse como simples cuidados ordinarios que deben ser tenidos como debidos.

Con este anteproyecto acabamos el recorrido por los procesos legales y normativos que han acontecido en España. Con ello podemos concluir que aunque en España no se reconoce la eutanasia y la muerte digna como un derecho, sí que se han dado pasos para su legalización. Actualmente este proceso se ha estancado, pero aun así, la legislación actual tiene lagunas que permiten la eutanasia encubierta y pasiva, además la comisión del acto, que si está penada, en el supuesto de la eutanasia activa, goza de privilegios legales que hacen la pena irrisoria.

3.2 Marco legal en Holanda

Holanda fue el primer país del mundo en legalizar la Eutanasia, concretamente la norma entro el vigor el 1 de abril de 2002. Este fue un proceso escalonado, sus primeros pasos se dieron en 1984 a través de dos sentencias que tuvieron cierta repercusión en la Holanda de entonces, eran las conocidas como Alkmaar y Shoonheim. En ambas, la sentencia resulto favorable a los médicos entendiendo que su conducta homicida confrontada con el respeto a la norma penal y por otro lado, con el deber de acabar con los sufrimientos del paciente. Esta situación la definieron los tribunales como un “estado de necesidad” y desde entonces el médico quedaba exonerado de pena apelando al concepto de “fuerza mayor” en el ejercicio de la eutanasia y el suicidio asistido.

La sentencia abrió un proceso en busca de la salvaguarda jurídica de los médicos en tales situaciones, para ello los esfuerzos se centraron en la modificación del código penal y en

la adecuación de los procesos sanitarios que garantizaran las prácticas homicidas médicas como correctas.

La principal artífice del proyecto, fue la exministra de sanidad del partido Demócrata Els Borst. Estableció primeramente una serie de condiciones previas que luego entrarían en debate, son las siguientes: *“La petición de eutanasia debía venir sólo del paciente y ser completamente libre y voluntaria. Que la petición fuera insistente y bien considerada. Que el paciente sufriera un sufrimiento intolerable sin perspectivas de mejora. Que la eutanasia fuera sólo el último recurso. Que la realizara un médico. Que este consultase con un colega experimentado en área.”*³⁶. Estas negociaciones del código penal no fraguaron. En 1992 se realizó un nuevo intento de legalización. Esta vez, se optó por presentar un proyecto de reforma de la Ley de Enterramientos, incorporando las condiciones anteriormente enumeradas con el fin de no hacer perseguible los supuestos de eutanasia y suicidio asistido si se cumplían dichas premisas.

En 1991 el gobierno holandés encarga un estudio sobre la situación en la práctica de la eutanasia en Países Bajos, consistió en dos encuestas realizadas en 1991 y en 1995, donde se garantizaba el anonimato a los médicos que habían procedido a practicar la eutanasia y los resultados se expusieron en el llamado “informe Rummelink”. Las conclusiones de este informe se pueden encontrar relatadas en el libro de María Dolores Vila-Coro “La Eutanasia: aspectos médicos éticos y jurídicos” en el expone: *“Había 1.000 personas a las que se aplicó la muerte con una inyección de curare, que es el método habitualmente utilizado en Holanda, sin que se les hubiese preguntado previamente; y otras 2.000 que murieron por sobredosis de morfina. Y tanto en el caso de las 1.000 citadas, como de las 2.000 siguientes, al menos el 21% de ellas estaban en condiciones físicas y psíquicas de haber podido decidir al respecto. Las razones aducidas por los médicos fueron, entre otras, la falta de camas del hospital o el deseo de evitar a los enfermos y a la familia un dolor muy grande. El tipo de “paciente” más frecuente fue el anciano senil, el enfermo terminal y el niño con malformaciones.”*³⁷. Como era de esperar este informe escandalizó a la opinión pública. El Gobierno holandés tuvo una necesidad imperiosa de regular el

³⁶ Serrano Ruiz-Calderón, José Miguel. *La eutanasia. España: EIUNSA, 2008. ProQuest ebrary. Web. 22 March 2015. (p.382) Copyright © 2008. EIUNSA. All rights reserved.*

³⁷ VILA-CORO, M.D. *“La Eutanasia: aspectos médicos éticos y jurídicos” en Derecho Médico: Tratado de Derecho Sanitario. Colex. Madrid, 2001, (p. 979-1002.)*

procedimiento, con el fin de reglarlo para mantener la práctica bajo control y dentro de unos límites muy estrictos.

El 1 de junio de 1994 entró en vigor un nuevo cambio en la “ley de enterramiento”. Curiosamente se mantenía la punibilidad del acto, pero se permitía al médico que la practicase acogerse a la posibilidad de apelar a la “fuerza mayor”. Para entrar dentro de este eximente, el facultativo debía de informar de la práctica a un forense, el cual debía de realizar la autopsia y emitir informe posterior. Este informe, junto con los documentos requeridos al médico, acerca de la historia clínica, solicitud explícita del paciente, alternativas al tratamiento presentadas, opinión favorable de un segundo médico e intervenciones realizadas entre otros; era enviada al fiscal, éste debía supervisar el caso y determinar, si tal supuesto se acoge a lo exigido en el código penal. Las implicaciones que derivan de este proceso son importantes, la eutanasia con esta modificación, se convierte en una cuestión únicamente jurídica y de forma, se ciñe solamente en la presentación de una serie de requerimientos, dejando la cuestión médica y de fondo en un segundo plano.

Tres semanas más tarde a la entrada en vigor de las nuevas modificaciones, el 21 de junio del 1993. En el pueblo de Assen, se produce un caso, cuya sentencia va a modificar toda la jurisprudencia sobre el tema y va a establecer precedente. Se conoce como el “Caso Chabot” y en él, los tres magistrados del tribunal de la ciudad de Assen, absuelven a psiquiatra Boudewijn Chabot de la colaboración en la práctica eutanásica solicitada por una paciente de 50 años, que sufría una fuerte depresión causada por la pérdida de sus dos hijos y por el divorcio de su marido. La paciente se negó a todo tratamiento psiquiátrico y solicitó de forma explícita su deseo de morir. El tribunal consideró que Chabot no actuó acorde al derecho, puesto que incurrió en la omisión de una de las exigencias legales tras tomar la decisión sin consultar a otro facultativo independiente, aun así, se consideró inocente porque consideraban que el sufrimiento de la paciente era irremediable y además, era competente para tomar libremente la decisión de morir, por ello sentenciaron que era un caso que se acogía al supuesto de fuerza mayor. Fue el primero de muchos casos más, y sentó jurisprudencia, puesto que era el primer caso en el que se legitimaba la eutanasia en personas con enfermedades no físicas. Esto amplió notablemente la ley, puesto que sentaba las bases para que su aplicación se extendiera a cualquier paciente que quisiera morir, sin que se diese la prerrogativa de ser un enfermo incurable en situación terminal. Llama poderosamente la atención, que el Gobierno

acogiera como suya la sentencia para la resolución de casos posteriores y por el contrario, el Comité Médico Disciplinar, sancionase a Chabot, por lo que a su juicio, consideraban una mala praxis médica, puesto que no respetó el procedimiento pautado, considero la petición de la paciente, sin consultar con otro facultativo independiente, ni agotar la vía clínica, ya que no sometió a la paciente a tratamiento médico alguno y por tanto no se pudo comprobar si el tratamiento hubiera resultado positivo o no. Esta situación se ratificó en 1995 cuando el Parlamento Holandés admitió que la eutanasia se podía aplicar a enfermos que experimentan sufrimiento psíquico o moral y no solo dolor físico y la Real Sociedad de Médicos (KNMG) lo corrobora, considerando que no revestía de importancia, la distinción entre sufrimiento somático o mental, así como, que el paciente se encontrase o no en fase terminal.

Otro de los límites “infranqueables” que se superó fue la aceptación de eutanasia en menores. Esto supone el germen de la práctica legal de la eutanasia involuntaria. En marzo de 1993, otra sentencia judicial marcaría precedente, estableciendo una vez más jurisprudencia sobre la eutanasia. En este caso, se trató de una niña de 3 años con lesiones cerebrales y espina bífida. Los médicos no vieron claro el caso y decidieron no operar. Más tarde y a petición de los padres, el personal facultativo acabó con la vida de la menor mediante una dosis letal de analgesia. El caso fue trasladado a la Corte de Justicia de Ámsterdam, que eximio a los autores de responsabilidad penal. Tiempo más tarde, otro nuevo suceso, en la misma línea, salta a la opinión pública, el conocido como “Caso Groningen”, donde una recién nacida de 26 días de vida con una trisomía 13 y un pronóstico vital de un año, es eutanasiada a petición de los padres. El ginecólogo Prins, médico implicado, justifica la eutanasia por los fuertes dolores de la menor, que a su juicio, eran imposibles de paliar. En este caso el Doctor Prins, consultó a colegas y compañeros suyos, pero nunca recurrió a un especialista en la enfermedad que achacaba a la menor. Aun así, los tribunales reconocieron su inocencia y entendieron el caso como de “fuerza mayor”. Esta sentencia volvió a ser ratificada en 1996, por la Corte de Apelación Holandesa. Estos precedentes desmoronaron aún más las rígidas estructuras que el gobierno había fijado. La desprotección de los pacientes se hacía evidente y las nuevas sentencias abrían la puerta a la práctica de la eutanasia en individuos con enfermedad terminal que no pueden manifestar su consentimiento.

En noviembre de 2000, la cámara baja del Parlamento Holandés aprueba la propuesta de “Ley de Verificación de la Terminación de la Vida a Petición Propia y del Suicidio

Asistido”. En 2001 pasa a valoración del Senado y es en 2002 cuando finaliza el trámite parlamentario, siendo aprobada por ambas cámaras y su consiguiente entrada en vigor.

La justificación de esta ley, en primer lugar, es reglar la práctica, buscando la reducción de todos aquellos casos “sumergidos” que se daban fuera del amparo legal, por ello, se centra casi exclusivamente, en garantizar una seguridad jurídica al médico que ejecuta la eutanasia. En segundo lugar, la pretensión era la regularización de los supuestos, pensando que dicha normativa, establecería el acto en un número de casos aceptables.

La ley estableció un procedimiento de “Auto-declaración” por parte del médico. Es decir, la ley no se para a legislar acerca de la eutanasia, el suicidio asistido, el respeto a la vida o el control del médico y la familia sobre las personas dependientes. Sino que establece un procedimiento administrativo, donde el medico simplemente tiene que limitarse a realizar una serie de cuestiones burocráticas para que se tenga dicha práctica eutanásica como legal. La carga de la prueba en caso de delito, recae sobre la fiscalía, que es quien debe iniciar procedimiento penal, si cree que el medico ha incurrido en delito. Esta situación, hace prácticamente imposible perseguir la mala praxis médica, ya que en primer lugar, la fiscalía únicamente cuenta con la documentación aportada por el facultativo, y en segundo lugar, mucha de la documentación que se requiere, consiste en opiniones y valoraciones medicas subjetivas sobre la situación del paciente.

La situación real que se produjo, fue una apatía de la fiscalía a la hora de perseguir casos, debido a las enormes dificultades que se encontraban a la hora de instruir los mismos. Lo que supuso, prácticamente, libertad absoluta en la realización de la eutanasia y suicidio asistido por parte de la comunidad médica.

Una de las modificaciones importantes que configuro la nueva ley, fue dotar de reconocimiento legal a las voluntades anticipadas, exigiendo tan solo plena voluntariedad del sujeto y un sufrimiento insoportable, para poder acogerse a la práctica. En la ley, el concepto de eutanasia no estaba bien definido y además, se había diluido mucho sus límites, tras reiteradas sentencias legales que cada vez ampliaban más las posibilidades de aplicación. Pero quizá, la novedad más controvertida de la ley, al menos a nivel mediático, la podemos encontrar en la decisión, de que aquellos menores de edad, de más de 16 años, se podían acoger a la práctica de forma independiente.

Los procedimientos que se exigen en la ley holandesa para corroborar la voluntariedad del sujeto y la pertinencia de práctica de eutanasia, se encuentran recogidos en el artículo 2 de dicha ley y son los siguientes:

1. Que el médico tenga el convencimiento que la petición del paciente es voluntaria y bien meditada.
2. Que el médico tenga el convencimiento de que el paciente padece un sufrimiento insoportable y duradero.
3. Que el médico informe al paciente de la situación en la que se encuentra y de sus perspectivas de futuro.
4. Que el médico tenga la convicción de que no existen alternativas de un tratamiento razonable.
5. Que el médico previamente haya consultado a otro facultativo independiente y que éste dictamine por escrito que cumplen los requisitos requeridos.
6. Que el médico responsable realice la eutanasia o que al menos, esté presente en el suicidio asistido, garantizando y proporcionando atención y cuidado médico.

Además de lo expuesto anteriormente, para que la práctica se considere legal, el médico está obligado a llevar el procedimiento con el máximo cuidado y esmero profesional posible y notificar al forense la práctica conforme a la anterior “ley de entierros”.

En caso de menores, como anteriormente comentamos, y a pesar de la independencia de la toma de decisión, entre los 16 y 18 años, se requiere el ejercicio de patria potestad de los padres o el de tutela efectiva en caso de representante legal, además de la participación de los mismos en el proceso.

Con esto acabamos el repaso a la situación legal en Holanda. Huelga decir, que la realidad que muestran los informes dista mucho del planteamiento legislativo y de los supuestos que recoge la ley. Por ello el análisis descriptivo de la situación en Holanda lo vamos a tratar ampliamente en capítulos posteriores.

3.3 Marco legal en Bélgica

En Bélgica, el debate comenzó en el año 1997. El origen fue una recomendación del Comité Consultivo de Bioética Belga, en su informe se recomendaba, sin la opinión favorable de todos sus miembros, la reglamentación de la práctica en la eutanasia. En 1999, el tema pasó a los órganos legislativos belgas, el parlamento a través de dos de sus comisiones, concretamente, la Comisión de Justicia y la Comisión de Asuntos Sociales, empezaron a debatir sobre las cuestiones que rodean el final de la vida y analizaron las propuestas de ley presentadas por todos los grupos políticos. Los trabajos finalizaron el 9 de julio de 2001. En 2002 y fruto de la labor realizada por las comisiones, se aprobaron y entró en vigor la “ley relativa a la eutanasia” y la “ley relativa a los cuidados paliativos”.

La ley que nos incumbe, se aprobó el 16 de mayo de 2002. Es una norma que sigue el modelo holandés, no modifica el código penal, pero establece un proceso normativizado a través del cual, se garantiza la protección jurídica del médico en la comisión de la eutanasia.

La ley belga entiende por eutanasia *“El acto practicado por un tercero, que pone fin intencionadamente a la vida de una persona a petición de esta”*³⁸. Sucede lo mismo que en la Legislación holandesa, no se define de una forma aclaratoria la eutanasia, más bien, se centra en una definición del procedimiento, sin entrar en la naturaleza del concepto y por supuesto, obviando sus implicaciones.

La petición de eutanasia, en la ley belga, debe de ser voluntaria, meditada, reiterada y no debe ser resultado de presiones externas. Este derecho se contempla para mayores de edad y menores emancipados, siempre que sean capaces y conscientes en el momento de la solicitud. No plantea problema respecto a la nacionalidad o lugar de residencia del paciente, siempre y cuando, sea tratado por un médico belga.

Para garantizar la voluntariedad, El médico, en todos los casos, debe de informar al paciente de su estado de salud y pronóstico futuro, a su vez, debe poner en su conocimiento, de forma clara y precisa, todas las vías terapéuticas y paliativas posibles, junto sus implicaciones y consecuencias. Una vez analizada la cuestión junto al paciente,

³⁸ • Gutiérrez J. V., La “pendiente resbaladiza” en la eutanasia, una valoración moral [Tesis Doctoral] Roma: Universidad Pontificia de la Santa Cruz. 2005 [internet] (p.80)

el médico debe de llegar a la convicción de que la petición es razonable, pertinente y completamente voluntaria por parte del interesado. Toda petición ha de hacerse por escrito y debe ser autenticada. Además se reconocen, las voluntades anticipadas, pudiendo recoger las instrucciones en un documento, para garantizar que en una situación futura en la que el sujeto no pueda comunicar sus voluntades, éstas sean realizadas.

En el proceso, a diferencia de la ley holandesa, la norma belga exige dictamen favorable de un médico especialista, sobretodo en casos, donde la patología del paciente no conlleve una muerte inminente. En este caso, se requiere informe de un psiquiatra o médico especialista en la patología, además se dispone de plazo de un mes, entre la aprobación del procedimiento y la ejecución de la eutanasia, como garantía para que se establezca un periodo de reflexión y la decisión vuelva a ser meditada.

La situación que se exige al enfermo es una situación clínica sin esperanza, que comporte sufrimiento físico o psíquico constante e insoportable, que no pueda ser controlado y sea grave e incurable. El médico tiene que asegurarse de que existe tal padecimiento anteriormente descrito y pedir opinión a un compañero médico, que deberá corroborar el carácter grave e incurable de la afección, constatando que existe dicho sufrimiento físico o psíquico y que éste es constante, insoportable y no puede aliviarse.

La supervisión del procedimiento en la ley belga, es si cabe, todavía más controvertido que en Holanda. El control del ejercicio de la práctica recae en una comisión, que es paritaria en cuanto a género y está formada por médicos, juristas y expertos en bioética. El facultativo responsable del caso, debe en un periodo no superior a cuatro días tras el deceso del paciente, enviar a dicha comisión toda la documentación pertinente. En respeto a la confidencialidad del paciente, los requerimientos de inicio son mínimos, constan de un informe anónimo donde se recoge; género, edad, fecha y hora de fallecimiento, patología, naturaleza del sufrimiento y razón de solicitud de eutanasia. En cuanto a la información que se aporta sobre el médico, tiene que recoger la metodología y procedimiento, así como, la valoración que clarifica que la decisión del paciente fue reflexiva y sin presión externa. Solo cuando existe sospecha, se rompe el anonimato y se procede a la revisión del resto de la documentación aportada. En este caso y previo a la aprobación por parte de dos tercios de la comisión, el caso se traslada a la fiscalía, pasando a curso legal y valorando posibles irregularidades y si el médico ha podido incurrir en delito o no.

Como vemos, esta norma todavía dificulta más la persecución de un posible abuso. Los datos que supervisan para valorar posible irregularidad, siguen siendo los documentos que únicamente aporta el médico. Además, complican aún más la situación, pues a diferencia de Holanda, aquí previamente al curso legal de la cuestión, el caso debe pasar por una comisión, de la cual se exige, que al menos dos tercios aprueben el traslado del asunto a la fiscalía, es decir se requiere más que una amplia mayoría, lo que traducido a términos coloquiales, debe existir en la comisión, más que una mera sospecha una opinión muy bien fundada acerca del caso para conseguir esa mayoría, cosa que a juicio de muchos expertos, es imposible, debido que de acuerdo a la cuestión de la confidencialidad, el trabajo se realiza sobre una información muy escasa, impersonal y únicamente aportada por el médico responsable, que sin menospreciar su integridad moral, resulta evidente que difícilmente y de forma voluntaria esté dispuesto a aportar toda aquella información que le pueda inculpar de alguna forma.

Al igual, que en el caso holandés, es una ley que obvia el derecho del paciente, básicamente, se basa en lavar la imagen del médico ejecutor a través de un procedimiento legal, el cual, presenta muchas dudas acerca de su efectividad, puesto que es únicamente el facultativo responsable, el encargado de presentar toda aquella información del proceso. Como ya hemos dicho, es complicado que esté dispuesto a presentar documentación que le auto-incumple. En capítulos siguientes, al igual que con la ley holandesa, veremos las consecuencias que ha tenido esta norma en la sociedad.

3.4 Marco legal en Oregón

Aunque el Estado de Oregón no ha dado el salto hacia la legalización de la Eutanasia. Es el primer estado de EE.UU. que cuenta con una ley de suicidio asistido vigente desde 1997, la llamada “Oregon’s Death with Dignity Act.

El origen de esta ley se remonta a grupos pro-eutanasia que en 1994 promovieron la iniciativa “Measure 16”, también conocida como M-16. Eran un conjunto de medidas entre las cuales se incluía la propuesta de ley de suicidio asistido. Fue aprobada en referéndum durante las elecciones generales del 8 de noviembre de 1994 con una ajustada mayoría del 51,3%. Tras una orden judicial que declaró su inconstitucionalidad, no fue hasta 1997, en otras elecciones y mediante un nuevo referéndum, cuando la norma que pretendía su derogación, fue rechazada con el 60% de los votos.

El Proceso constituyó un gran debate, ambas posiciones invirtieron mucho dinero acorde a sus objetivos de defensa y detracción de la norma. Su vía de conflicto era principalmente la televisión, mediante grandes campañas publicitarias. Los defensores de la norma, principalmente el Médico Timothy Quill, quien ya públicamente, declaro haber practicado el suicidio asistido fuera del amparo de la ley, era su principal defensor. El resultado fue el anteriormente dicho, con su aprobación mediante una mayoría ajustada del 51% de los votos.

El 7 de diciembre de ese mismo año, la norma quedo paralizada por sentencia judicial. El juez federal Michael R. Hogan de la Corte del Distrito de Oregón bloqueó la ley, que un año más tarde en 1995, seria declarada inconstitucional incurriendo en que violaba la enmienda número catorce de la Constitución Norteamericana, en la cual, se requería que todas las personas, en circunstancias similares, debían tener un mismo trato.

En 1997 la Corte de Apelación desbloqueó dicha norma, convirtiéndose Oregón en el único y primer estado Norteamericano en aplicar el suicidio medicamente asistido. El 13 de mayo de ese mismo año, asociaciones pro-vida promovieron y consiguieron que fuera incluida por el Parlamento de Oregón la iniciativa derogatoria llamada “measure 51” cuya pretensión era la retirada de la ley del suicidio medicamente asistido. Esta medida se votó durante la consulta electoral de 4 de noviembre de 1997 y fue rechazada por el 60% de los votantes. En 2005 se presentó un nuevo recurso a esta ley que también ha sido rechazado.

La ley del suicidio medicamente asistido constituye una norma menos laxa que las europeas de Holanda y Bélgica. Despenaliza únicamente el suicidio medicamente asistido, entendido como la prescripción por parte del médico de fármacos letales con el fin de acabar de forma indolora con la vida del paciente. La norma, se vendió como legalmente segura, alegando que garantiza una muerte humana y digna y además dispone de unas garantías que protegen al paciente. Desde el punto de vista legal, se argumenta, que la norma no promueve el suicidio y que el médico se limita a una cooperación innecesaria en la ejecución del mismo, puesto que se entiende, que el paciente puede acabar de forma voluntaria con su vida a través del uso de otros medios.

El derecho a someterse a esta norma queda reducido a cualquier residente del Estado de Oregón, mayor de edad y en uno pleno de sus facultades que presente enfermedad terminal y que su pronóstico no sea superior a seis meses de vida.

Las mayores críticas a esta ley, surgen en primer lugar, de la subjetividad y lo indeterminado que puede resultar el establecer pronósticos de vida. En segundo lugar, y también controvertido, es el hecho de no requerir una situación de dolor o sufrimiento irremediable, así como, no recurrir como primera opción a la medicina paliativa. Esto lleva a la interpretación de que para esta ley, el suicidio no constituye una medida de última opción.

La voluntariedad de esta normativa resulta imprecisa. Se requiere que el paciente realice dos peticiones a su médico de forma oral con un margen superior a 15 días. Posteriormente y antes del inicio de procedimiento deberá requerirlo una vez más por escrito. El médico debe consultar con otro facultativo dicha prescripción y puede poner el asunto en conocimiento del especialista, aunque no es obligatorio por ley, en caso de duda sobre su capacidad mental. Esta petición por escrito debe realizarse junto a la firma de dos testigos del paciente. Una vez realizada, deberán pasar 48 horas hasta la prescripción de los fármacos y previamente, el médico está en la obligación de informar y explicar, de forma clara y concisa, las alternativas de las que dispone el paciente. La ley recomienda aunque no obliga, poner en conocimiento de la familia la decisión que ha tomado el paciente. El médico no está obligado a presenciar y acompañar al paciente en el momento de la muerte. La justificación de la voluntariedad, aunque discutible, reside en el hecho, de que es el paciente, quien ejecuta el propio suicidio.

La ley protege al médico que prescribe el fármaco letal siempre que se encuentre dentro de los supuestos y que actúe acorde a la “buena fe”. También protege la objeción de conciencia, reconociendo el derecho de los médicos a no prescribir fármacos letales, así también, se establece que no tienen obligación alguna de derivar pacientes que soliciten el suicidio a médicos que sean favorables a la práctica de la ley, su única exigencia, es proporcionar el historial médico del paciente, si el médico que realiza el suicidio medicamente asistido lo requiere.

3.5 Otros procesos de legalización.

Luxemburgo fue el tercer país europeo en legalizar la eutanasia en 2008, siguiendo los modelos de Holanda y Bélgica. Fuera de Europa en 1995 la eutanasia estuvo vigente durante nueve meses, en el territorio del norte de Australia con la promulgación de la Ley de los Derechos de los Enfermos Terminales hasta que fue declarada ilegal por el

Senado australiano. Colombia es el único estado del mundo donde se reconoce la eutanasia como un derecho constitucional, donde desde 1998, el estado no se puede oponer a la decisión de morir de un ciudadano, ni a impedir que busque ayuda para ello. Desde el 2000, se produce en este país una situación ambigua, puesto que el Alto tribunal, sí que penaliza la eutanasia.

Respecto al suicidio asistido, países como Suiza, se han decantado por seguir los pasos dados por el Estado de Oregón. En Suiza la eutanasia se considera delito pero la comisión del suicidio medicamente asistido no. Concretamente en el caso suizo, como peculiaridad, no es necesario que el medico inicie proceso alguno, la función del médico únicamente consiste en la prescripción de los fármacos y no existe persecución legal, salvo que se demuestre que detrás de la actuación existe motivación egoísta, personal o económica. Incluso existe asociaciones de voluntarios pro-eutanasia que dan apoyo a personas que solicitan el suicidio, ya sean autóctonos o sujetos extranjeros que viajen al país para acometer su suicidio. La ley que permite este proceso ha sido refrendada por dos veces, mediante votación, por la población suiza.

En 2008 el Estado de Washington voto a favor de una iniciativa para legalizar el suicidio asistido. En 2009 La Corte Suprema de Montana, siguió una vía diferente para reconocer el suicidio asistido, en este caso, el ejercicio de la práctica ha sido legalizado mediante una sentencia judicial que concluye que no existe conflicto entre la asistencia médica a la muerte y las políticas públicas.

En el siguiente capítulo, vamos a pasar del ámbito legal, a analizar las consecuencia a nivel de sociedad que han tenido tales normas, intentando realizar un análisis descriptivo de la situación real, eficacia de la aplicación y ver realmente si la acusación de pendiente resbaladiza que deriva de estas normas es cierta o no.

CAPÍTULO 4: Análisis descriptivo de la realidad respecto a la eutanasia

En este capítulo vamos a realizar una descripción de la realidad, viendo en los países anteriormente citados, si son efectivas sus leyes en la defensa de los derechos del paciente. Si la legalización supone un aumento o disminución de los casos de eutanasia y suicidio asistido. Si siguen los protocolos y requisitos que se exigen por ley. Si existe o no la eutanasia involuntaria o la aceptación que tienen estas normas entre los ciudadanos. No pretendo en este capítulo una valoración ética del asunto, eso será competencia del siguiente capítulo. En el punto presente únicamente nos limitaremos a recopilar datos que nos permitan disponer de una correcta imagen de la situación moral.

4.1 Prototipo de pacientes que solicitan eutanasia o suicidio asistido

De acuerdo a los datos recogidos por la Oregón Health división a fecha del 2 de febrero de 2015³⁹. En este último año, la edad media de muerte fue de 72 años, el prototipo de paciente, fue por lo general de raza blanca y con estudios universitarios. Las patologías más comunes eran cáncer en el 68,6% de los casos y ELA en el 16,2%. Respecto a otros años, destaca que existe una reducción de un 10,6% respecto a pacientes que experimentan cáncer, pero un incremento del 9% en paciente con ELA.

Entre los principales motivos de solicitud se argumenta en un 91,4% la pérdida de autonomía, en un 87,6% la pérdida de capacidad para realizar actividades de la vida diaria, 71,4% la pérdida de dignidad, 49,5% temor a perder el control sobre su propio cuerpo y un 40% por miedo a suponer una carga para familiares y amigos. Destaca que tan solo un 31,4% justifico su decisión por miedo a que su dolor no pudiese ser controlado y un 4,8% a la imposibilidad de financiar su tratamiento.

En cuanto al número de pacientes que emplean el suicidio asistido como medio para poner fin a su vida, el 100% tenía algún tipo de seguro, si bien es cierto, que el porcentaje de sujetos con seguro privado bajó considerablemente en el último año de un 62,9% a un 39,8% en 2014.

³⁹ Oregon Public Health Division; Oregon's Death with Dignity Act—2014.[internet] EE.UU: 2015 (p.2-3) (citado el 4-4-2015) disponible en: <http://public.health.oregon.gov/ProviderPartnerResources/EvaluationResearch/DeathwithDignityAct/Documents/year17.pdf>

Resulta destacable también que el 85,9% prefirió morir en el hogar. Por otra parte, solo en el 13,9% de los casos hubo presencia de personal facultativo durante el procedimiento del suicidio.

En Suiza, otro de los países donde está permitido legalmente el suicidio asistido, nos ofrece, mediante informes oficiales⁴⁰, más información acerca de cómo es el individuo que solicita la práctica. Curiosamente, desde 2001, en cuanto a género, la preferencia ha cambiado, hasta el 2000, el número de hombres que realizaba suicidio asistido era superior al de mujeres, pero desde 2001 este dato se ha invertido, siendo éstas últimas la que más lo solicitan. El 90% de los suicidios asistidos se concentran en personas de 55 años en adelante, siendo la franja entre los 75-85 años la que más casos acumula, resultando de ella el 30% de los casos. Las afecciones que llevan al suicidio son el cáncer en el 44%, enfermedades neurodegenerativas en el 19%, cardiovasculares 9% y musculo esqueléticas en el 6% de los casos. Otras causas como la depresión suponen un 3% y la demencia un 0,3% de las peticiones.

Respecto al perfil de persona que solicita la eutanasia es similar a los pacientes que solicitan el suicidio asistido. En general, la patología que motiva el acto, es el cáncer, según datos de la comisión belga, esta patología supone el 73% de las peticiones, problemas neuromusculares, cardiovasculares y psicológicos, le siguen, pero en menor número, con porcentajes que van del 4%-6%. La sintomatología que los pacientes acusan de insostenible y que motivan la petición de eutanasia, son, en cuanto a físicas, principalmente el dolor y la caquexia y en el ámbito psíquico, la pérdida de dignidad, desesperanza y el miedo a ser dependientes. Por último y atendiendo al lugar de la muerte, el estudio belga, nos habla que el 43% de los fallecimientos se producen en el hospital un 42% en domicilios y un 11% en otro tipo de centros o residencias.

4.2 Características del paciente terminal

El paciente terminal, es un paciente en el que puede concretarse una sintomatología tanto física, psíquica como espiritual concreta. Independientemente de la patología que deriva en esta causa última, el proceso de morir sigue una evolución similar, por lo que con

⁴⁰ Federal Statistical Office; Cause of Death Statistics 2009, assisted suicide and suicide in Switzerland. [internet] Suiza: Neuchâtel, 2012. (citado el 5-4-2015) disponible en: <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/en/index/news/publikationen.html?publicationID=4732>

pequeñas diferencias entre casos individuales, se puede sacar en conclusión, una sintomatología propia y una respuesta similar. Concretando, el paciente terminal, es aquel que presenta una enfermedad avanzada, progresiva e incurable, en el que prevalecen una serie de síntomas físicos, psíquicos y espirituales avanzados y que actúan de forma multifactorial, llevándole a la muerte a corto o medio plazo y generando un desasosiego vital en sujeto y familia.

La sintomatología que tienden a presentar es la siguiente: Disnea, caquexia, anorexia, astenia, sequedad de boca, vómitos, nauseas, sangrados, alteración de orina, incontinencia, estreñimiento, dolor, delirio, agitación, angustia, desorientación y excitabilidad terminal. Muchos de estos síntomas actúan a la vez, generando un avance multifactorial de los mismos, que debido a su progresión se tornan en una cuestión de difícil control o refractaria.

Existe una similitud en concluir⁴¹, que la sintomatología que más malestar genera al paciente, sobretodo en la fase de agonía y declive, es la disnea, dolor intenso y de forma mayoritaria la astenia. Otros síntomas angustiosos que también aparecen en los estudios, son la incontinencia, sequedad de boca, úlceras por presión, respiraciones ruidosas, secreciones excesivas, nauseas, vómitos, insomnio y ansiedad. Evidentemente muchos de estos síntomas pueden llegar a ser refractarios, para ello y cuando los cuidados paliativos no son eficaces, existen medios como la sedación paliativa que si se muestra eficaz. Estos mismos ensayos, aunque reconocen la dificultad y el sesgo, que deriva de medir la comparación entre pacientes a los que se aplica sedación paliativa y pacientes a los que no. Inciden en que no se da un resultado significativo acerca de que esta práctica pueda reducir el tiempo de vida. La dificultad estriba, en que la unidad de medida que se emplea es la duración de los días de supervivencia tras el ingreso, aun coincidiendo en patología, es muy difícil asemejar la situación personal entre unos pacientes y otros, lo que hace difícil la comprobación con resultados más precisos. Pero el hecho, es que no se han encontrado evidencias significativas que puedan determinar que la sedación paliativa reduce el tiempo de vida.

⁴¹ •Beller E, van Driel M, McGregor L, Truong S, Mitchell G. Sedación farmacológica paliativa para adultos en fase terminal. Cochrane Database of Systematic Reviews 2015 Issue 1. Art. No.: CD010206. DOI: 10.1002/14651858.CD010206

El dolor es uno de los síntomas que más preocupación causa a la población en general. De hecho cuando se habla de muerte digna, una de los atributos que se atribuye al deceso es la ausencia de dolor. Este síntoma curiosamente, tiene una incidencia del 40% respecto a los enfermos terminales. La escalera de analgesia de la OMS cuyo 20º aniversario se dio en 2006, resulta efectiva entorno al 70-90% de los casos⁴², para los restantes existen otros procedimientos como cirugía ortopédica y osteosíntesis, tumorectomias paliativas, radioterapia antialgica, radio fármacos y bloqueos nerviosos que suelen ser efectivos.

El proceso de enfermedad terminal, por definición y puesto a su carácter progresivo e irreversible, lleva a una reducción de la calidad de vida inherente a la patología en todas sus dimensiones. El “sufrimiento total” que va más allá de los físico, y es consecuencia de tres factores generadores del mismo, el paciente, familia/cuidador y profesional sanitario, tienden a retroalimentarse y sí no es correctamente afrontando y tratado, puede derivar en una situación de “burnout” o mala respuesta al estrés, convirtiéndose en una angustia vital. Estudios realizados en pacientes oncológicos determinan que la aceptación de la enfermedad tiende a afrontarse de forma “normal” en el 50%, de los casos, pero a medida que ésta progresa, la situación de “dolor total” o sufrimiento vital puede ascender al 61-79%⁴³. Por ello es importante un enfoque multidisciplinar y un afrontamiento y monitorización por parte del personal, no solo del estado físico, sino del estado psíquico y espiritual. El sufrimiento no se puede eliminar, pues es un elemento vital, constituido por las experiencias subjetivas y espirituales de la persona, incide además de forma estrecha en las otras dimensiones del individuo como potenciador o depresor. Aun así, existen trabajos⁴⁴ que presentan evidencias, donde un buen abordaje integral del paciente por parte de profesionales y cuidadores, consigue aliviar de forma significativa el grado de sufrimiento y angustia del mismo.

⁴² Romero, J., R. Gálvez, and S. Ruiz. "¿Se sostiene la Escalera Analgésica de la OMS?" *Rev. Soc. Esp. Dolor* 1 (2008): 1-4.

⁴³ TUCA, A; SCHRÖDER, M; NOVELLAS, A. *Cuidados paliativos en oncología. Anuario de psicología*, 1998, vol. 29, no 4, p. 35-53. [internet] citado el (1-4-2015) disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2948306>

⁴⁴ Krikorian, A; *FACTORES QUE CONTRIBUYEN A LA EXPERIENCIA DE SUFRIMIENTO EN ENFERMOS CON CÁNCER EN SITUACIÓN AVANZADA / TERMINAL QUE RECIBEN CUIDADOS PALIATIVOS*[tesis]: España: Universidad autónoma de Barcelona, 2012 (citada el 1-4-2015) disponible en: <https://www.educacion.gob.es/teseo/imprimirFicheroTesis.do?fichero=31711>

Existen estudios que demuestran la eficacia de los cuidados paliativos respecto a la calidad de vida del paciente. Aunque la percepción es siempre decreciente por la naturaleza de la propia circunstancia terminal. Se ha observado que esta disminución, llega a no ser significativa o incluso a paralizarse, la primera semana, en un 60% de los pacientes, manteniendo incluso una tendencia favorable al cabo de un mes. En este estudio⁴⁵ se consideran 29 dimensiones, que van desde la percepción de síntomas físicos, como estreñimiento, incontinencia, dolor, a sintomatología psíquica, valoración del rol y relaciones familiares, además también se tiene en cuenta la percepción que tiene el paciente sobre el cuidado que se administra.

No existe duda respecto a la eficacia e idoneidad del cuidado paliativo y la mejora de la calidad de vida que estos aportan al paciente. El problema, concretamente en España, reside, en la escasez y en la forma desigual en la que están distribuidos los recursos. Existen autonomías como Cataluña, donde la red de unidades especializadas en CP suman 183, dando cobertura al 95% de la población, en contraste a otras comunidades, como Castilla y León, donde la escasez de recursos provoca que solo se pueda proporcionar cobertura a un 25% de la población.⁴⁶ La escasez de medios limita considerablemente el acceso a los mismos, generando listas de espera en ciertas unidades, atendiendo a las circunstancias particulares del paciente paliativo, muchas veces esta espera resulta inviable, por sus pronósticos a corto y medio plazo.

Otro de los problemas destacados respecto a los cuidados paliativos es que se focalizan tan solo en determinadas enfermedades, principalmente las oncológicas, reduciendo el acceso a pacientes que por otros motivos requieren de tratamiento paliativo. La justificación reside en que paciente con una patología oncológica terminal se ciñe mejor a las características del perfil, que un paciente con una enfermedad crónica avanzada. La cuestión radica, en saber distinguir cuando un paciente crónico debe ser derivado a unos cuidados paliativos por parte de los distintos especialistas.

⁴⁵ Marreno Martín M^ªS; *La evaluación de la calidad de vida en pacientes y familiares como indicadores de impacto de un programa de cuidados paliativos.*[Tesis] España: Universidad de las Palmas de Gran Canaria, 2005 (citada el 1-4-2015) disponible en: <http://hdl.handle.net/10553/1882>

⁴⁶ BARBERO, J.; DÍAZ, L. *Diez cuestiones inquietantes en cuidados paliativos Ten worrying questions in palliative care. An. sist. sanit. navar, 2007, vol. 30, no Suplemento 3.*[internet] (citada el 1-4-2015) disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/asisna/v30s3/original5.pdf>

Por último, también se debe buscar una mejora del trabajo interdisciplinar y aumentar la formación en medicina paliativa, dado que son factores que entorpecen una buena atención.

En conclusión no hay duda que la medicina paliativa es efectiva y mejora la percepción de calidad de vida que experimenta el paciente. No he procedido a analizar de forma global la implantación de estos cuidados, pero si lo he hecho en el caso de España, evidenciando que es un campo efectivo pero sujeto a mejora y a una mayor aportación de recursos, para que sea plenamente eficaz.

4.3 Limitación del esfuerzo terapéutico.

Otra de las cuestiones que esgrimen a la hora de justificar la muerte y suicidio asistido, a parte de la ineficacia de los CP, es la obstinación terapéutica. Es cierto, que la medicina actual permite, en ciertas ocasiones, aunque de forma infructuosa y sometiendo a grandes pesares al paciente, prolongar su expectativa de vida de forma estéril. Es un hecho, que se posiciona al otro extremo de la eutanasia, pero que igualmente atenta contra la dignidad del individuo, acarreando un gran sufrimiento al enfermo y sus allegados. Además, siendo materialistas, el encarnizamiento terapéutico conlleva una importante repercusión económica, que se traduce, en un gasto fútil de recursos.

La medicina actual, se ha hecho sensible al tema, valorando las implicaciones, morales, sociosanitaria y económicas que supone la limitación del esfuerzo terapéutico, estudiando cuestiones como; cuando se ha de desistir, cuando un medio es proporcionado o innecesario o bajo que situaciones se debe, o no iniciar o retirar un determinado tratamiento. Huelga decir, aun cuando se lleva a cabo la limitación del esfuerzo terapéutico, que no se produce un abandono del paciente, pues se prosigue con los cuidados paliativos que se tienen por adecuados y necesario de acuerdo a la situación concreta de cada paciente. Por ello vamos a analizar la situación real de la limitación terapéutica, así como sus implicaciones, viendo que nada tiene que ver, aunque en algunos casos se realice dicha argumentación, con la eutanasia pasiva o por omisión, ni tampoco con el abandono terapéutico.

En primer lugar, debemos destacar que la LET es una decisión técnica que compete al personal facultativo y que se ajusta únicamente a criterios de proporcionalidad. No

obstante, la futilidad puede encontrarse en una situación de debate, si se entiende tal concepto de forma absoluta. Por ello debemos avanzar en nuestro razonamiento, incluyendo en la discusión el elemento de proporcionalidad y entender la futilidad como la desproporcionalidad del beneficio obtenido en contraste con los recursos empleados disponibles y los costos que tienen sobre el paciente.

Existen muchos estudios que intentan protocolizar la LET, teniendo en cuenta elementos diversos, como patología, edad, enfermedades concomitantes, situación fisiológica, grado de agresividad de la intervención, así como costes de la misma. En la práctica y debido al conflicto existente, la LET solo se lleva a cuando no existe beneficio fisiológico observable, muerte cerebral, fracaso multiorgánico de 3 o más órganos con una evolución de al menos 4 días de duración y en algunos casos de estado vegetativo persistente, aunque en este último punto existe controversia. Normalmente la LET viene determinada por la inexistencia de beneficio fisiológico. En un artículo de los muchos consultados, denominado, “limitación del esfuerzo terapéutico en medicina intensiva” los responsables del artículo⁴⁷ se hacen eco de un estudio realizado en nuestro país con una muestra de 2.970 pacientes atendidos en 6 servicios de medicina intensiva, se tomó decisión de desistir en el tratamiento solo de aquellos en los que no había beneficio fisiológico alguno, los cuales representaban un 7% del total. En cuanto a la decisión médica, este mismo trabajo, habla que la motivación en el 92% de los casos corresponde a la apreciación que tiene el medico sobre la calidad de vida previa del paciente y en un 83% de las situaciones también entra en juicio la calidad de vida futura o previsible. La mayoría de la bibliografía consultada coincide en la infravaloración de la calidad de vida por parte del facultativo respecto a la consideración que tiene sobre ella el paciente. Por lo general, el paciente experimenta una calidad vital superior a la que el medico presupone. Otro de los problemas radica en la dirección de la relación médico paciente, dicho de otra manera, en la mayoría de los casos el paciente esta indispuesto para atender la propuesta del médico y esta recae sobre la familia o el representante legal, según la bibliografía consultada este porcentaje puede variar entre el 70-93,4% de las veces. Por lo general, se llega con mayor o menor grado a un acuerdo, incluso, en el artículo consultado menciona un estudio realizado en EE.UU por los investigadores Asch y Hansen-Flasdhén, donde la petición de la LET surge de 7% de las familias y tienden a rechazarla tan solo

⁴⁷ Cabre Pericas L.; Solsona Duran J.F.; Limitación del esfuerzo terapéutico en medicina intensiva. España: Med Intensiva 2002;26(6):304-11 (citado el 1-4-2015) disponible en: <http://www.elsevier.es>

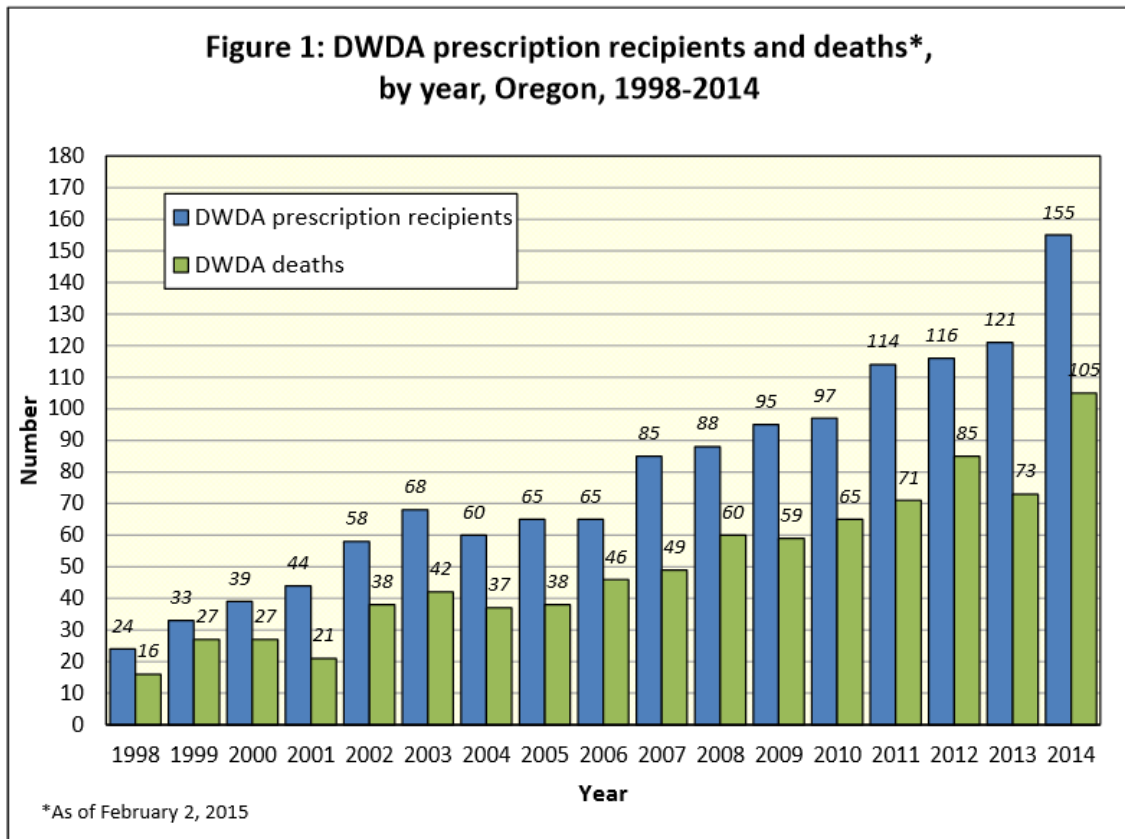
el 2,9%. Es importante recalcar que en muchos casos estas decisiones se toman de forma unilateral por parte del médico, especialmente las órdenes de no reanimación; en otras muchas ocasiones, se justifica esta toma unilateral, por incapacidad del paciente, ausencia de familia o representante legal, así como el poco uso que se realiza de las voluntades anticipadas.

La principal medida que se aplica tiende a ser la retirada de fármacos vasoactivos, seguida de esta, encontramos la retirada de ventilación mecánica y en menor medida la retirada de fármacos antibióticos y nutrición.

Para concluir conviene reiterar, que la LET, no tiene nada que ver con la eutanasia pasiva o el abandono terapéutico, que únicamente se refiere a la retirada de medidas de supervivencia que se consideran desproporcionadas o fútiles, manteniendo, por supuesto, todos aquellos tratamientos adicionales que venían recibiendo los pacientes, así como y en caso de retirada, procediendo a la terapia paliativa, sin descuidar el cuidado y el confort.

4.4 Descripción de la realidad sobre el suicidio asistido

Si hablamos de suicidio asistido, podemos considerar como preboste de dicha práctica al estado norteamericano de Oregón. Existe una obligación legal en dicho estado por la cual un organismo público, la “Oregon Health Division”, tiene el deber de recoger las estadísticas de suicidio asistido a través de los datos que disponen de parte de médicos y farmacéuticos que prescriben tales fármacos letales. De forma anual desde 1998 vienen actualizando dichos valores en un informe público.



48

La última actualización data de febrero de 2015, en ella observamos por ejemplo, que este pasado año hubo un total de 155 peticiones de las cuales solo se llevaron a cabo 105, es decir, 50 personas que previamente había tomado la decisión de acabar con sus vidas mediante suicidio asistido cambiaron de opinión. Desde el año 1998 hasta hoy se han recogido 1.327 peticiones, de las cuales solo se han llevado a cabo 976, lo que supone el 73,54% de los casos, es decir, un 26,45% de las personas que la solicitaron, concretamente 351, al final cambiaron de opinión y no llevaron a cabo sus intenciones de suicidio.

La progresión de solicitudes ha sido, salvo en el periodo que va de 2003 a 2006 que se mantuvo, creciente, multiplicándose por 6 respecto de la inicial en 1998, es decir que ha incrementado en un 84,5%.

⁴⁸ Oregon Public Health Division; Oregon's Death with Dignity Act—2014.[internet] EE.UU: 2015 (p.1) (citado el 4-4-2015) disponible en: <http://public.health.oregon.gov/ProviderPartnerResources/EvaluationResearch/DeathwithDignityAct/Documents/year17.pdf>

Otros datos que se pueden sacar del informe actual resultante de este año, es que la media de edad de pacientes que solicitan y se administran el fármaco letal es de 72 años, de raza blanca y con al menos una licenciatura. Las principales patologías que presentan son cáncer y ELA, los argumentos por lo que llevan a cabo el proceso, son principalmente la pérdida de autonomía, seguido por la pérdida de capacidad para realizar actividades básicas y pérdida de dignidad.

Es destacable del estudio, que en el último año, solo 3 de los 105 pacientes fueron remitidos a psiquiatra para realizar una valoración de la autonomía del paciente. En años anteriores este número también resulta muy reducido. Por ejemplo de 1998 a 2004 fueron remitidos un total de 32 pacientes, por 208 peticiones que acabaron siendo ejecutadas, es decir solo un 15,38% de los pacientes que resultaron muertos mediante suicidio asistido pasó previamente por una valoración psiquiátrica.

En cuanto a la duración del proceso, cabe destacar previamente, que en este último año, solo hubo presencia médica en el 13,9% de los casos y la duración media entre la ingesta y la muerte, tiende a situarse entre los 25-27 minutos, aunque el rango del deceso puede alargarse mucho más, de los casos que se conocen, en 2014 esta franja de tiempo se movió entre los 11-60 minutos. Pero en lo que se lleva recogido, entre 1998 y 2013 este periodo se podía alargar de un minuto hasta las 104 horas, es decir, cuatro días.

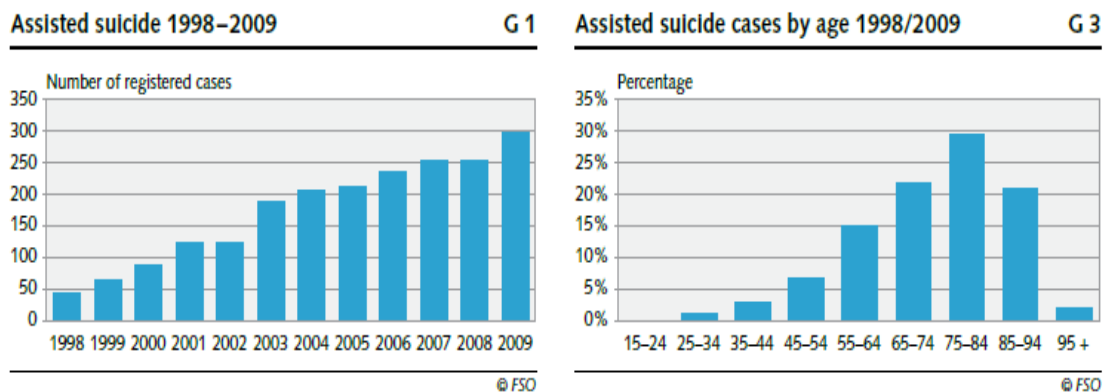
En cuanto a complicaciones que se han dado en la toma, desde 1998 solo se han registrado 22 regurgitaciones y un caso en el que se desconoce la complicación que hubo, hasta 2004 existen 15 casos en los que se desconoce el tiempo que tardó el paciente en fallecer y no se tienen datos de 329 de las 976 muertes que se han llevado a cabo por suicidio medicamente asistido. Por el contrario en 507 casos, se sabe que no ha existido complicación alguna, es decir, tan solo en un 51,9% de los casos se sabe de forma certera que no ha existido problema alguno. El 33,7% de los casos se desconocen o no existe información sobre los mismos y en un 14,59% de los casos existe algún tipo de complicación o duración excesiva del proceso.

La legalización del suicidio medicamente asistido, tampoco resultó efectiva para otro de los propósitos que pretendía la regularización, que no era otro, que reducir el número de suicidios que se cometen habitualmente fuera del amparo legal, las estadísticas muestran, que a pesar de la normativa, la tasa de suicidio por cada 10.000 habitantes ha subido, a pesar de la entrada en vigor de la ley, desde el año 1998 de instauración de la ley con

5,5 suicidios a números como los de 2002 con 12,2 o en 2003 con 13,6. La media de suicidios desde 1998 hasta 2004 fue de 9,8 por cada 10.000 habitantes.

Otro de los países relevantes a la hora de hablar del suicidio asistido es Suiza, donde desde 1941 se permite dicha práctica bajo una serie de garantías que cada vez se ponen más en duda. Existen dos principales empresas que realizan dicho “servicio”. Por un lado Exit, empresa que solo ofrece su asistencia a ciudadanos suizos y por otro lado, Dignitas, que desde 1998 y apoyándose en la ley suiza ofrece su oficio a ciudadanos autóctonos y extranjeros, no solo asistiendo en el suicidio asistido, sino también, recogiendo una especie de “voluntades anticipadas” de sus clientes, en el que garantizan dicha práctica, si más adelante y bajo las circunstancias que estos mismos han dejado constancia, requieren del servicio.

La propia administración suiza a través de la Oficina Federal de Estadística (FSO) recoge los datos de la práctica de suicidio asistido. Los últimos datos recogidos en su web, son el resultado de un trabajo elaborado en 2012, que recoge la práctica hasta 2009.



Aunque Suiza lleva realizando desde mucho antes el ejercicio del suicidio medicamente asistido, y a pesar que los organismos solo han recogido los datos de estos últimos años, concretamente desde 1998, vemos que existe una progresión ascendente. Desde el 98 hasta el año 2004⁴⁹ se ha sextuplicado, llegando a representar 4,8 muertes de cada mil entre los habitantes Suizos. Según los datos de Dignitas⁵⁰, empresa que asiste al suicidio

⁴⁹ Federal Statistical Office; Cause of Death Statistics 2009, assisted suicide and suicide in Switzerland. [internet] Suiza: Neuchâtel, 2012. (citado el 5-4-2015) disponible en: <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/en/index/news/publikationen.html?publicationID=4732>

⁵⁰ Dignitas. Accompanied suicide of members of dignitas by year and by country of residency. [WWW. <http://dignitas.ch>] 2014 (citado el 5-4-2015) disponible en: <http://dignitas.ch/images/stories/pdf/statistik-ftb-jahr-wohnsitz-1998-2014.pdf>

también a extranjeros, desde 1998 ha asistido a 1.905 personas, en su mayoría, un 48,29% de nacionalidad alemana, seguido por un 14,33% de británicos y un 10,18% de franceses. Respecto a españoles, han atendido desde 1998 a 2014 un total de 24 demandas, lo que supone un porcentaje del 1,26%.

Respecto al suicidio no asistido en Suiza, ha experimentado una reducción en relación a la década de los ochenta con una media de 1.600 muertes, ya en los noventa, se situó en 1.400 y actualmente, respecto a los datos de 2009, se ha situado en este último año en 1.105 fallecimientos. El principal motivo que le atribuyen, es a la depresión en un 56% de los casos. El 44% restante se atribuye a enfermedades físicas, donde destacan el cáncer y las enfermedades neurodegenerativas como principales causas. En cuanto a los métodos de suicidio utilizados el ahorcamiento con el 28% y la autoagresión con arma de fuego con el 23% son los más empleados.

Como conclusión de este apartado podemos observar que el suicidio medicamente asistido es una práctica que va en aumento en ambos países, muchos textos atribuyen este aumento al fenómeno de pendiente resbaladiza, en mi caso, no puedo, ni argumentarlo, ni desmentirlo, pues me he centrado más en ofrecer una visión global y carezco de información individual en casos concretos, aunque si es cierto, que tras la lectura del anterior capítulo, los marcos legales si presentan bastantes grietas doctrinales en la elaboración de las normas, que hacen muy factible, el hecho de la pendiente resbaladiza, quizá en un trabajo futuro pueda abordar de forma más amplia dicha cuestión. Otro de los elementos a tener en cuenta y según los datos que nos proporciona la administración de Oregón, es la cantidad de peticiones que no se llevan a cabo, es decir, este hecho denota que la decisión que se toma, no es realmente una decisión clara e invariable, ni mucho menos absoluta, sino que está sujeta a cambios y resulta moldeable, lo que lleva a pensar, ¿Cuántas personas que se ejecutan mediante el suicidio asistido lo tienen realmente claro? O ¿existe realmente alguna presión externa que actué por encima de la voluntad del individuo? Otro de los aspectos curiosos es la privatización de la muerte, el convertir el suicidio asistido en un nicho de mercado privado, donde la única moral que medie sea la económica, me lleva a pensar que la única motivación que fundamenta la ley helvética, es decir que no existan terceros intereses, mala fe, ni ánimo de lucro, sea precisamente la primera que se vulnera. Resulta curioso el análisis comparativo entre Suiza y Oregón, el hecho de que una sola compañía privada, duplique el número de suicidios asistidos

practicados respecto a Oregón, es una diferencia salvaje, aun teniendo en cuenta, que Suiza dobla en población a Oregón.

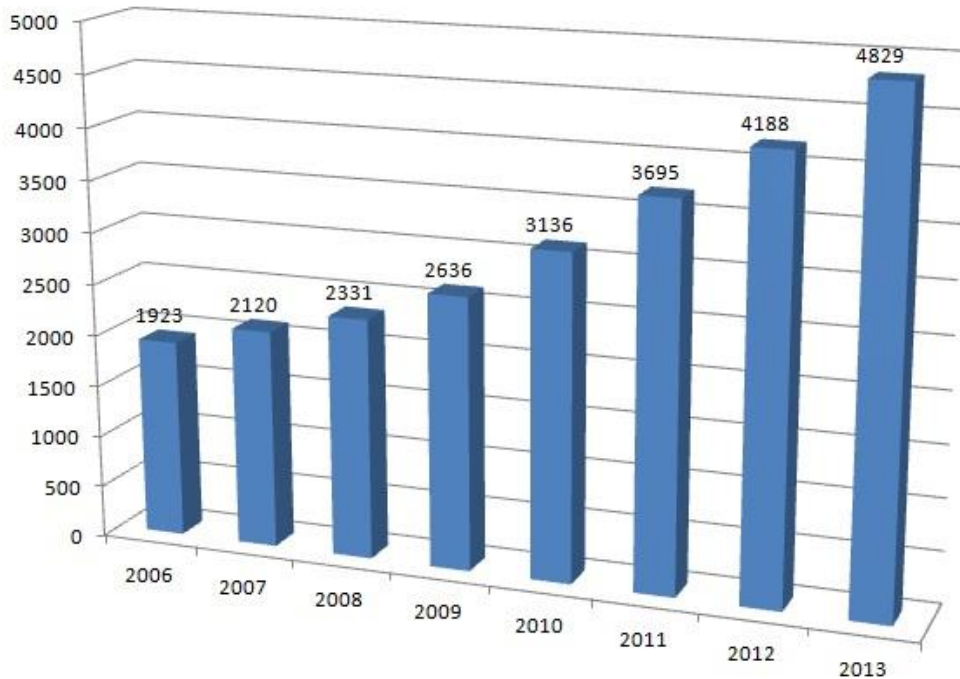
Respecto a la motivación que lleva a desear acabar con la vida, principalmente destaca el cáncer y las enfermedades neurodegenerativas, no existe ningún análisis que haga referencia sobre si realmente, bajo estas patologías subyace de forma concomitante alguna enfermedad de origen psiquiátrico. Aunque, como si se recoge en el análisis suizo, donde el principal detonante del suicidio no asistido es la depresión, unido a la escasa derivación que se viene realizando, como es en el caso de Oregón, al especialista psiquiátrico, sí que hace, al menos, sospechar que pueda existir concomitancia entre las enfermedades que se argumentan y una posible enfermedad psiquiátrica, de momento y ciñéndome a la limitación de mi trabajo, únicamente puedo hablar de suposiciones, aunque dejo la puerta abierta a un trabajo futuro, donde analice más detenidamente la situación y pueda obtener conclusiones más certeras.

4.5 Descripción de la realidad sobre la eutanasia

Aunque hemos analizado la realidad del suicidio medicamente asistido por separado. En los casos de Bélgica y Holanda, debemos de saber que es una realidad que se entremezcla con la eutanasia. En primer lugar vamos a ver la situación holandesa y luego vamos a analizar la situación en Bélgica.

En Holanda, según los datos de los que dispongo, existen tres informes oficiales, que datan de 1990, 1995 y 2001, en estos informes, no se recoge eutanasia involuntaria, se restringe tan solo a eutanasia voluntaria y suicidio asistido, en ellos se acopia que en 1990, se dieron 2.300, en 1995 fueron 3.200 y en 2001 la cifra ascendió a 3.700. En cuanto a suicidio asistido, en las dos primeras fechas, 1990 y 1995 se datan 400 casos y en 2001 se estiman 300. Huelga decir, que estos informes oficiales han sido obtenidos a través de la información que han aportado profesionales sanitarios y farmacéuticos, junto a los datos obtenidos de certificados de fallecimiento. Por lo tanto, debemos de tener en cuenta que son datos estimados y que pueden no responder a la realidad existente. Se han alzado quejas respecto a la subjetividad de muchos de estos informes, argumentando, que solo se muestran aquellos casos que se ajustan a la ley, ya que son los únicos que se atreven a revelar los profesionales de la salud, pero contra, aquellos otros casos que no se ajustan a la norma, crean una especie de “eutanasia sumergida” de la que no se informa. A partir

de 2006, Existen numerosos medios y portales web que recogen las cifras de estos últimos años. Uno de ellos el portal web de Alex Schadenberg director y presidente internacional de la Coalición de Prevención de la Eutanasia, nos habla de un incremento importante, sobretodo en los últimos años. Estos datos coinciden con el documento elaborado por la “Regionale toetstoetsingscommissies euthanasie”⁵¹



52

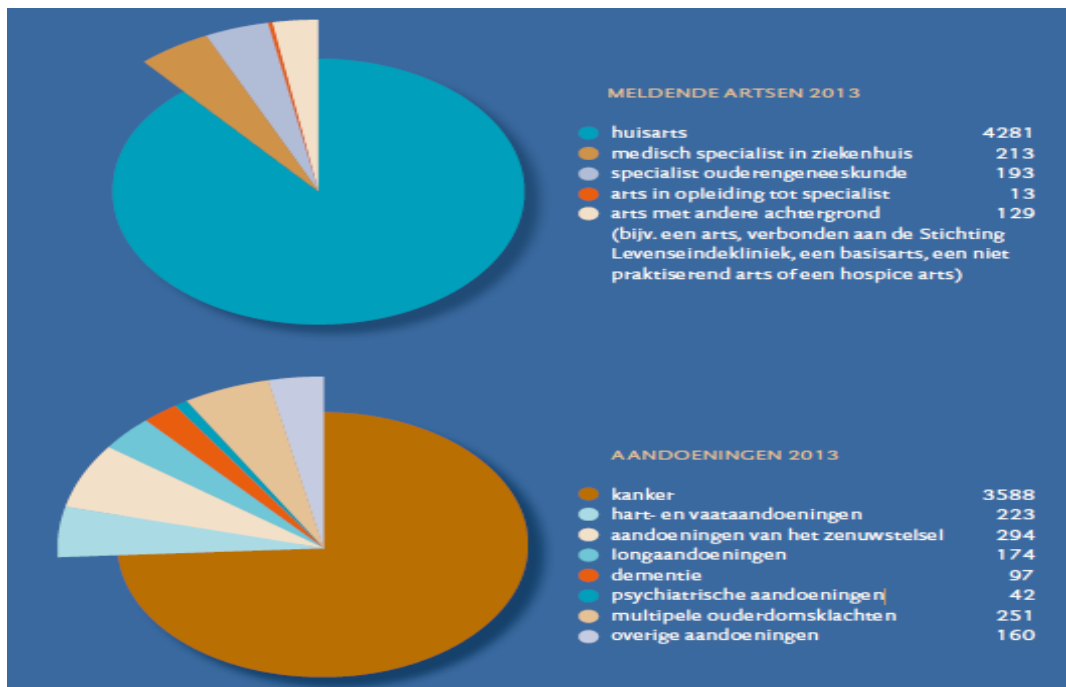
Ambos hacen mención que en estos documentos no se recoge la eutanasia infantil, ni tampoco la eutanasia involuntaria. A pesar de ello, se puede observar que desde 2006 hasta 2010, la practica ha aumentado un 60,17%, Según estos mismos datos, las muertes por eutanasia en estos últimos años se sitúan entre un 2,8-3% respecto a las muertes totales. En relación a la responsabilidad médica en 2013, se estima que 88,65% de las prácticas eutanásicas llevadas a cabo, se realizó bajo la supervisión de un médico de cabecera o medico clínico, un 8,88% fue supervisada por facultativos especialistas y un 2,46% por otro tipo de médicos. En cuanto a la causa de petición de eutanasia, en 2013

⁵¹ Regionale toetstoetsingscommissies euthanasie; Jaarverslag 2013. Disponible en: http://www.euthanasiacommissie.nl/Images/Annual%20report%202013_tcm52-41743.pdf

⁵² alexschadenberg.blogspot.com [internet] Eutanasia Coalición de Prevención, 24 SEP 2013. (citado el 8-4-2015) disponible en: <http://alexschadenberg.blogspot.com.es/2013/09/netherlands-euthanasia-report-indicates.html>

sigue siendo el cáncer el principal motivo representado el 76,84% de las ejecuciones realizadas.

Resulta curioso que en 2012, de total de muertes, 185 fueron por suicidio asistido y se habla de 38 que fueron realizadas por combinación de técnicas, es decir eutanasia y suicidio asistido, a falta de más datos, y en virtud de la bibliografía consultada, se puede llegar a entender que en esas 38 ocasiones el suicidio asistido pudo no ser efectivo, aun así, esta afirmación, dado los pocos datos que disponen, no puede pasar de la mera conjetura. Es importante decir, que en 2012, los casos de demencia fueron 42 y 13 personas con enfermedades psiquiátricas constatadas, es decir un 1% y un 0,31% del total. En 2013 esta cifra 97 casos de demencia y a 42 casos de patología psiquiátrica. Representando un 2% en el primer caso y un 0,86% en el segundo.



La primera grafica representa el especialista que prescribe la eutanasia y en la segunda los motivos por los que se ejecuta⁵³

Hasta este punto hemos recogido los datos únicamente de eutanasia voluntaria. Ahora, volviendo al inicio, respecto a los informes de 1990, 1995 y 2001 se estima, siguiendo el mismo orden, que hubo; 1.000, 9.00, 1.000 casos de eutanasia involuntaria⁵⁴, Además,

⁵³ Regionale toetstoetsingscommissies euthanasie; Jaarverslag 2013. (p.12) Disponible en: http://www.euthanasiacommissie.nl/Images/Annual%20report%202013_tcm52-41743.pdf

⁵⁴ • Gutiérrez J. V., La "pendiente resbaladiza" en la eutanasia, una valoración moral [Tesis Doctoral] Roma: Universidad Pontificia de la Santa Cruz. 2005 [internet] (p.115) citado el 22/03/2015 disponible en:

en el artículo anteriormente citado también nos habla, de una mala praxis de la limitación del esfuerzo terapéutico, pues recoge las muertes acontecidas a consecuencia de la retirada de tratamientos o la omisión buscando directamente la muerte del paciente, que en estos años constituyo, siguiendo el mismo orden anterior en cuanto cronología; 6.900, 11.200 y 18,200 muertes. En cuanto a tratamiento del dolor, con dosis intencionadas para acortar la vida, se estima, siguiendo el mismo orden que en el número de muertes fue; 4.800, 3.900 y 2.800 respectivamente, de estos fallecimientos, existen datos que llevan a sospechar que 2.200 de las muertes acontecidas en 1990 y 1.200 de los fallecimientos que se dieron en 1995 a costa de esta práctica, fueron promovidas de forma unilateral por el médico, siendo una práctica de eutanasia involuntaria y de abuso facultativo. Como último dato en el informe de 2001 se recoge que hubo cerca de 8.400 sedaciones paliativas, cuyo fin en un 48% era doble, es decir paliar el dolor y reducir la vida y por el contrario, en el 52% de los casos el fin único era buscar la muerte del paciente.

En la Web de Alex Schadenberg se hace referencia a un meta-análisis publicado en la revista The Lancet cuyas conclusiones estiman que entre el 20-23% de la muertes por eutanasia no se reportan y no consta en los datos oficiales. En 2010 establecen que el número de muertes totales fue de 3.859 por 3.136 fallecimientos que se reportaron, es decir existe un 23% de eutanasia sumergida de la que no se tiene noticia. Por otra parte, se establece que según datos de 2010, un 12,3% de las muertes totales en Holanda puede está relacionado con un mal empleo de la sedación paliativa continua, se viene denominando este procedimiento como “eutanasia lenta” o “encubierta”.

En conclusión, podemos ver la diferencia que existe entre los datos oficiales y aquellos aportados de forma extraoficial, ello hace ver que la eutanasia no está del todo controlada en Holanda, y a pesar de la legislación, son muchos los casos que no se notifican o aquella eutanasia que se realiza de forma clandestina, todo ello sin contar la eutanasia infantil que bajo el “Protocolo Groningen” nacido en 2005 en la propia facultad de medicina de la universidad de dicha ciudad, estableció una serie de medidas o recomendaciones a seguir por los pediatras en casos de niños con graves problemas de salud. Respecto este tema, este mismo blog refiere un estudio de la revista Pediatrics donde recoge que entre 1997 y 2004 se practicó la eutanasia en un total de 22 bebés con espina bífida.

TFG: Acercamiento antropológico a la eutanasia

El siguiente país a tratar es Bélgica, es un estado más similar a España que Holanda, puesto que ambos tienen una influencia cultural católica importante, a diferencia de Holanda donde el protestantismo predominó sobre el catolicismo, su forma de gobierno es la monarquía parlamentaria, presentan ambos una diversidad lingüística y una división administrativa y territorial similar. En cuanto a población, Bélgica es menos numerosa que España, alberga unos diez millones y medio de ciudadanos y respecto a sanidad, destina a la misma una cantidad similar al 9,4% del P.I.B. Entrando en el tema que nos interesa, en Bélgica se practica la eutanasia desde su aprobación legislativa en 2002, por ello, a continuación vamos a ver los datos más relevantes de este proceso.

El primer informe oficial se elaboró en 2004, al igual que en el de Holanda, los datos eran remitidos por parte de los médicos que realizaban el ejercicio de la eutanasia y al igual que en el país neerlandés, generan mucha controversia y distan mucho de los resultados obtenidos a través de otros estudios no oficiales. De acuerdo a este documento oficial, en el primer año de vigencia de la ley se realizaron 207 eutanasias, y posteriormente, en los meses siguientes, hubo un aumento de las demandas, realizando 21 eutanasias de media al trimestre. Si estos datos, los analizamos atendiendo a una categorización anual, el resultado se puede ver en la siguiente tabla:

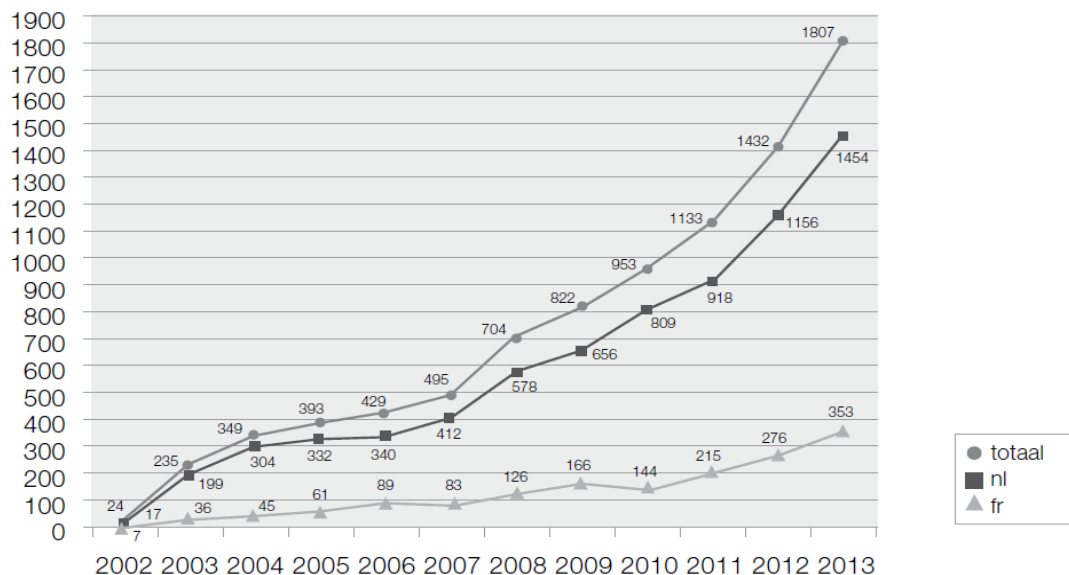


Tabla que muestra los casos totales de eutanasia, diferenciando el idioma en el que se ha realizado la solicitud, el símbolo triangular representa el idioma francés y el cuadrangular el holandés. Federale Controle- En Evaluatiecommissie Euthanasie. ZESDE VERSLAG AAN DE WETGEVENDE KAMERS (2012-2013) *Bélgica: 2014.* (p.14) (citado el 09-04-2015) disponible en:

<http://www.health.belgium.be/eportal/Healthcare/Consultativebodies/Commissions/Euthanasia/Publications/index.htm?fodnlang=nl#.VSZJ0JPvD3s>⁵⁵

Al igual que Holanda, el aumento de los casos ha sido ascendente, desde 2003 hasta 2013, en diez años, el número de muertes ha aumentado un 86,99 %, y El porcentaje sobre las muertes totales ha pasado de 0,23% al 1,7% en 2013. Según este mismo informe, se acepta el 86% de los casos que los médicos reportan a la administración, el 14% restante debe someterse a algún tipo de inspección. Respecto a la petición de eutanasia, el 51% de las personas la realiza a través de su médico clínico o “de cabecera” en el resto de los casos un 36% lo hace ante el especialista y un 12% ante los facultativos de medicina paliativa. En los años 2012 y 2013 solo pasó un 13,36%, es decir, 433 personas de 3.239 eutanasias practicadas, a una segunda consulta, de este colectivo, el 71% pasó a consulta psiquiátrica y el 29% restante a consulta del especialista. Siguiendo en este mismo espacio de tiempo, se determinó que el 87% de las muertes que se llevaron a cabo tenían un pronóstico de vida a corto tiempo, así como el 13% restante tenía un pronóstico de vida a medio plazo.

En cuanto a prototipo de pacientes eran preferentemente hombres, concretamente el 52%. El diagnóstico principal era cáncer con un 73%, mientras que en menor grado, se dio un 6% de enfermedades neurodegenerativas, un 5% de enfermedades cardiovasculares y un 4% de enfermedades psiquiátricas. Atendiendo a la sintomatología que da justificación a la eutanasia, la tesis de Gutiérrez Vega⁵⁶, que abarca desde el año 2002 a 2008, concluye que los principales síntomas físicos, fueron el dolor en un 51% de los casos, la caquexia en el 37,5% y la disfagia, obstrucción intestinal y vómitos en el 31,5%. Respecto a los síntomas psíquicos la principal razón es la pérdida de dignidad y desesperanza en el 40% de los casos y la dependencia en un 27%.

Según una serie de estudios realizados en la Universidad libre de Bruselas, por el investigador Luc Deliens⁵⁷ y su grupo, entre los años 1998, 2001 y 2007 y respecto a las

⁵⁵ *Federale Controle- En Evaluatiecommissie Euthanasie. ZESDE VERSLAG AAN DE WETGEVENDE KAMERS (2012-2013) Bélgica: 2014. (p.14) (citado el 09-04-2015) disponible en: <http://www.health.belgium.be/eportal/Healthcare/Consultativebodies/Commissions/Euthanasia/Publications/index.htm?fodnlang=nl#.VSZJ0JPvD3s>*

⁵⁶ *Gutiérrez J. V., La “pendiente resbaladiza” en la eutanasia, una valoración moral [Tesis Doctoral] Roma: Universidad Pontificia de la Santa Cruz. 2005 [internet] (p.115) citado el 22/03/2015 disponible en: <http://www.condignidad.org/zarchivos/argumen/tesisjvega.pdf?phpMyAdmin=f1e07de20b1b35aced62f91283ff0938>*

⁵⁷ *Smets T, Bilsen J, Cohen J, Runujo ML, Deliens L. Legal Euthanasia in Belgium: Characteristics of all reported euthanasia cases. Med care 2010 feb; 48(2): 187-92*

muertes que entraron en la muestra, se puede concluir que el suicidio asistido en Bélgica supone una práctica minoritaria que ha ido en descenso, desde el 0,12% del número total de muertes muestreadas en 1998 al 0,07% en 2007. Se estima también que la eutanasia involuntaria se ha reducido de un 3,2% en 1998 a un 1,8% en 2007. En cambio se ha experimentado una subida respecto a las intervenciones que han derivado en una muerte anticipada, ascendiendo del 39,3% en el 98 a 47,8% en 2007, respecto a la sedación profunda en 2007 se empleó en el 14,5% de las muertes. Atendiendo al estudio, las muertes por eutanasia representan 3,8% respecto al total. Curiosamente casi el doble que en informes oficiales.

CAPÍTULO 5: Aspectos éticos de la eutanasia

En este último pasaje del trabajo vamos a indagar en los aspectos éticos que plantea el ejercicio del suicidio medicamente asistido y la eutanasia. Para ello vamos a dividir el capítulo en tres apartados, cada uno de ellos concerniente a uno de los sujetos que tiene responsabilidad alguna en el acto. El desarrollo va a consistir en la búsqueda de respuesta a preguntas que me han ido surgiendo en capítulos anteriores, es decir, la finalidad no es realizar exhortación sobre la cuestión, si no dar de forma breve, respuesta, a través de distintos autores que han cavilado y reflexionado sobre el tema, concretando al máximo el mensaje sin perder fondo en la cuestión.

5.1 Cuestiones éticas acerca del paciente

5.1.1 ¿Resulta ético que un paciente disponga de su propia vida?

Esta cuestión, a diferencia de otras, no me surgió a lo largo del recorrido de la elaboración de este trabajo, al contrario, fue una pregunta que me motivo a embarcarme en tal empresa. A día de hoy y tras valorar multitud de opiniones, resulta para mí una cuestión que aún no tengo clara. A diferencia de la eutanasia que se considera no voluntaria o involuntaria, ambas, de forma clara se ven que vulneran de manera fragante la dignidad de la persona. Pero en cuanto a la voluntaria, entendiendo por tal la definición de forma muy restrictiva y exclusivamente teórica, fijándonos únicamente en aquellos casos en los que no quepa duda alguna de la voluntariedad y deseos del paciente, sin que medie influencia externa o patología psiquiátrica alguna, es una cuestión muy enrevesada, consiste en un juego y en un conjunto de paradojas respecto al concepto de dignidad, es decir, la autonomía supone el máximo atributo, junto la vida física, de la dignidad de la persona, pero curiosamente, si la persona en función de su voluntad, decide poner fin a su propia vida, lo que provoca realmente es una pérdida de dignidad respecto de la vida física, pues la considera indigna, argumentando por ello que es mejor la muerte que seguir viviendo. Por lo tanto esta decisión lleva a dos supuestos, por un lado a una vulneración de la voluntad del individuo recortándola en ciertos aspectos y en el otro extremo, un atentado contra la vida física, garantía última de la dignidad del hombre. Por ello vamos a ver, que opinión tienen los distintos autores.

En primer lugar vamos a hablar de Kant, mérito filósofo prusiano de la ilustración. En su “Fundamentación metafísica de las costumbres” expresa la máxima “*Obra de tal modo que trates a la humanidad, tanto en tu persona como en la de los demás, siempre como*

fin y nunca solamente como medio”, según esta máxima, la eutanasia, por muy penosa o dolorosa que resulte, relega a la persona en la ejecución de su acto, a la condición de medio, puesto que atenta contra el cuerpo buscando como finalidad el cese del sufrimiento. Para Kant, todo los objetos que se hallan en el mundo, tienen un valor de mercado, es decir, es el hombre quien atribuye un valor en función de su utilidad y escasez, por lo que se conciben como medios para obtener un fin, pero cuando el objeto es un fin en sí mismo, lo denomina valor intrínseco, y no se puede atribuir valor alguno, porque no es “un fin para”, si no es “un fin en”, por lo que volviendo al tema, la dignidad, que es valor intrínseco por excelencia para Kant, no es algo que la persona pueda aceptar o rechazar, sino tan solo puede respetarla o violentar. Para Kant, solo existe un límite el cual concibe como resbaladizo, y es el sacrificio por valores superiores, el sacrificio de la vida en post de la humanidad, es un acto que no atenta contra la moral, pues la humanidad, al igual que nuestra persona gozan del mismo rango.

Algunos filósofos actuales como Vallenar o Thomas Hill, señalan que el sentido impropio del suicidio para Kant, no reside en el propio acto, sino en el valor que se le da al acto, es decir, si la razón del suicidio es escapar de dolores o de daños, entonces se puede considerar inadmisibile porque denigra la dignidad de la persona, pero en cambio, señalan que si el objeto de suicidio se justificase en la dignidad personal, entonces dejaría abierto el camino en determinadas circunstancias. Estos autores inciden en la relación que existe entre la dignidad personal y humanidad, igualándolas en rango y llevándolas a planteamientos estoicistas, donde por encima de la vida humana, reside la dignidad del hombre, y puesto que dignidad y humanidad son de igual categoría en su opinión, consideran que en determinadas circunstancias una pérdida de dignidad puede suponer un atentado o menosprecio contra la propia humanidad. Estos mismos autores realizan una medición de la dignidad conforme a la racionalidad, llegando a justificar, que un dolor insufrible “tiraniza” la propia racionalidad y por lo tanto mina su capacidad de elección fuera de un ámbito más allá del propio fin de la eliminación del mismo.

Otras concepciones como la Judeocristiana, Tienen su máxima “*Homo sacra res homini*” es decir, el hombre es sagrado para el hombre, y lo justifican por tres razones, la primera por su origen, de donde Dios y el Hombre comparten la génesis del propio individuo, donde Dios aporta creación espiritual y el hombre, en virtud de su unión, aporta la génesis biológica. Por lo tanto, toda vida es sagrada dese su creación pues compromete la acción del creador. En segunda estancia por su naturaleza, es decir, por ser imagen y semejanza

de Dios, siendo la única criatura que el creador quiere por sí misma. Para Juan Pablo II, la vida surge del amor y cada individuo encierra en sí mismo un acto grandioso de maternidad y paternidad, que en compenetración con Dios nos hace partícipes del milagro de la vida, y este hecho no solo se debe respetar en nosotros mismos, sino a su vez, en el prójimo. En última y como tercera razón, radica su fin, El hombre es independiente de cada hombre, y su dignidad es única e inquebrantable, constituye una creación individual con un fin propio. Por ello, Pablo VI opinaba que caer en un sentido únicamente nihilista o hedonista es perder la orientación respecto a la humanidad. Valga decir, que en la concepción cristiana, no existe vida inútil pues toda ella goza de una dignidad suprema.

Tras analizar las argumentaciones anteriormente expuestas, vemos que a ambas se pueden atribuir múltiples objeciones, en primer lugar, una crítica que se suele realizar únicamente a los planteamientos teológicos, en mi opinión también es aplicable a los fundamentos filosóficos, pues ambas parten de una realidad intangible, que bien se llame Dios o Metafísica, constituye el pilar sobre la que se fundamentan ambas concepciones. Por lo tanto la ética como rama de la filosofía también parte de un germen intangible, Prueba de ello, son las distintas ramas que se observan tanto en corrientes éticas como filosóficas. Con esta reflexión, lo que pretendo expresar, es que ética y teología, son similares y en mi opinión tienen ambas un mismo peso argumentativo, por lo que menospreciar una, es menospreciar a la otra. Ambas presuponen una realidad inalcanzable al conocimiento humano.

Otro de los cuestionamientos es trasladar conceptos como el de dignidad o persona, al campo de la lógica y de la razón, y argumentar con ellos conforme a los intereses y mentalidad de cada corriente. Por ejemplo, resulta falacioso, atribuir al concepto de dignidad el carácter de raciocinio o argumentar que la falta de dignidad individual supone un atentado a la humanidad, son conceptos de carácter intangible y por lo tanto incuantificables y difícilmente descriptibles.

En mi opinión y tras leer ciertas disertaciones, encuentro este debate fuera de valores absolutos, sino más bien, relativos a la opinión y corriente con la que comulgue cada persona, con ello no pretendo aportar una visión relativista, pues si tuviese que alinearme a una rama filosófica, me arrimaría más al subjetivismo. Por ello, mi intuición me lleva a la prudencia y a entender que bien desde un plano teológico o biológico, la vida nos es dada, bien por Dios o bien por una serie de procesos químicos y no teniendo clara la

propiedad de la misma, me hace entender que alternativas como el suicidio o la eutanasia representan respuestas radicales a cuestiones que gracias a los avances actuales, hoy en día, se pueden solucionar por otros medios o vías más moderadas.

5.5.2 ¿Es verdaderamente libre el paciente cuando elige el suicidio asistido o la eutanasia?

La voluntariedad es un atributo importante que se adjunta a la dignidad. Muchos son los que justifican la falta de la misma como medio para considerar la vida como indigna, pero realmente conviene analizar cuanta voluntad hay en una decisión de tal calibre, como la de acabar con la vida propia. Si ésta, se da realmente, a que motivación se debe y que grado de revocabilidad tiene.

Si nos trasladamos al capítulo anterior, podemos ver en primer lugar, en el caso de Oregón, como cerca del 26,45% cambia de opinión respecto a la decisión inicialmente tomada, es decir, al menos, una de cada cuatro personas cambia de decisión. La revocabilidad en este sentido esta al orden del día, y nos muestra que una decisión que implica tanto, realmente no se toma con la seguridad y certeza que cabría esperar.

En la tesis, citada anteriormente de Vega, que recogió datos desde 2002 a 2008, argumentaba que en Holanda, un 40% de las personas que tomaban tal decisión, lo hacían movidos por la desesperanza o la perdida de dignidad y un 27% reflejaba miedo a ser dependiente o una carga familiar. Realmente si nos ponemos a analizar la situación encontramos más motivos fuera de la persona, que dentro de la misma. Pero aun metiéndonos en el interior del individuo, vemos que existe un conflicto interno, que nos hace sospechar que toda patología física tiende a ir acompañada de un proceso psicológico, donde la depresión o como mínimo un sentimiento de duelo hacen mella. Si hacemos comparativa, Suiza y Holanda son dos países contiguos geográficamente y similares en cuanto a nivel de vida, en ambos existe una permisibilidad hacia la muerte asistida. En suiza se habla que un 56% de los suicidios “comunes” se pueden asociar a trastornos depresivos, en cambio, en Holanda, se habla que solo el 0,86% de las muertes asistidas tienen una implicación psiquiátrica. Si a estos datos añadimos, que solo un 8,8% de las personas que solicita la muerte asistida en Holanda pasa una segunda consulta con un especialista o que en Oregón solo se remite al psiquiatra el 15,38% de los casos, vemos que puede existir un mal abordaje de este tipo de pacientes.

En la bibliografía consultada, existe una crítica continua de los autores a este respecto. Proporcionan multitud de testimonios de casos, cuyo abordaje no ha sido correcto y de individuos que tras pasar el primer mal trago provocado por la noticia de la enfermedad, recobran la vitalidad y se sienten dispuestos a disfrutar del tiempo que les queda, relatar alguna de estas experiencias alargaría el trabajo en demasía, pero creo, al menos, que dejar testimonio de tal existencia, es adecuado para este apartado del mismo.

No puedo cerrar este epígrafe, sin hablar antes de la eutanasia involuntaria, evidentemente hay un problema de estimación en la misma, puesto que es una eutanasia sumergida, de la que casi no se reportan datos. Informes extraoficiales como el de Luc Delinens, en Bélgica, donde nos habla de la existencia del doble de datos de eutanasia, respecto a los que se reportan, o el incremento entre 1998 y 2007 de un 18,5% en intervenciones que han acortado la vida de los pacientes. Si nos vamos a Holanda, la web de Alex Schandenbergh, señala que entre el 20-23% de los casos no se reportan a la administración. Creo que estos datos, al menos dan que pensar, y llevan a plantearnos el por qué de este amplio volumen de eutanasia sumergida así como, si la praxis, es o no es, la más correcta.

5.2 Cuestiones éticas en el personal sanitario

5.2.1 ¿Es ético que el personal médico ayude a morir?

Para analizar esta cuestión, nos debemos que remitir a los códigos de “deber” del personal sanitario. Estos no son otros que los códigos deontológicos, La Organización Médica Colegial, en el artículo 1, de Código de Deontología Médica, describe que supone la deontológica: *“la Deontología Médica es el conjunto de principios y reglas éticas que han de inspirar y guiar la conducta profesional del médico”*. Cabe destacar que no son normas jurídicas impuestas, sino que son pautas, que los propios médicos se dan a sí mismo con la voluntad de ejercer mejor su profesión. Hipócrates, artífice de separar la medicina de las corrientes religiosas y padre de los códigos médicos modernos, refiere en su juramento lo siguiente *“Y me serviré, según mi capacidad y mi criterio, del régimen que tienda al beneficio de los enfermos, pero me abstendré de cuanto lleve consigo perjuicio o afán de dañar. Y no daré ninguna droga letal a nadie, aunque me lo pidan, ni sugeriré un tal uso, y del mismo modo, tampoco a ninguna mujer daré pesario abortivo, sino que, a lo largo de mi vida, ejerceré mi arte pura y santamente.”*. La Declaración de Ginebra realizada en 1948 por la Asociación Médica Mundial, elabora un juramento, en

una línea similar a la de Hipócrates, cuyo fragmento, respecto al tema que nos atañe dice así: *“Velar con sumo interés y respeto por la vida humana, desde el momento de la concepción, y aun bajo amenaza, no emplear mis conocimientos médicos para contravenir las leyes humanas”*.

Dentro del Código Deontológico de Medicina, en sus principios generales en el art 5.1 nos dice *“La profesión médica está al servicio del ser humano y de la sociedad. Respetar la vida humana, la dignidad de la persona y el cuidado de la salud del individuo y de la comunidad son los deberes primordiales del médico”*. Además, el código define, dejando claro en que consiste el acto médico, en su artículo 7 *“Se entiende por acto médico toda actividad lícita, desarrollada por un profesional médico, legítimamente capacitado, sea en su aspecto asistencial, docente, investigador, pericial u otros, orientado a la curación de una enfermedad, al alivio de un padecimiento o a la promoción integral de la salud. Se incluyen actos diagnósticos, terapéuticos o de alivio del sufrimiento, así como la preservación y promoción de la salud, por medios directos e indirectos.”*. Aunque parece una definición de contenido amplio, matiza muy bien, que elementos incluye y cuales excluye, dentro del acto sanitario. Como vamos viendo, la eutanasia o la práctica del suicidio asistido, suponen un hecho que no solo contraviene la legalidad de algunos países, sino que todos los códigos de deontología, desde los comienzos de la ciencia médica, vienen reiterando el mensaje de la ilicitud de la eutanasia.

El código deontológico medico dedica un capítulo, el VII, a las situaciones al final de la vida, en el, se desarrolla mediante artículo único, todos los conceptos que hemos tratado durante el desempeño de este trabajo. Concretamente es el art 36 y dice así:

“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 éste. 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 sólo 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.”.

En este artículo se expone un marco, dentro del cual se debe orientar el médico respecto a las situaciones en el final de la vida. Es el bienestar del paciente, lo que debe mover al médico en su actuación, respetando aquellos límites que marca la buena práctica médica, La eutanasia, el encarnizamiento terapéutico o el abandono son actuaciones no permitidas. En cambio, no es un artículo restrictivo, pues expone soluciones a la situación terminal del paciente, siempre con matices, para garantizar el correcto procedimiento del acto sanitario. Reconoce a su vez, que si se sigue la licitud del acto, aun implicando un acortamiento de la vida del paciente, este se considerara ético, siempre y cuando el fin que se busca, sea el bienestar del paciente, y no persiga de forma directa la muerte del paciente.

Por último reseñar, que para salvaguardar la moralidad del profesional respecto de actuaciones que puedan violentar su conciencia, se reconoce en el capítulo VI un instrumento denominado “Objeción de conciencia” viene desarrollado del artículo 33 al 35 y expresa el derecho del médico a rechazar el ejercicio de determinadas conductas que se le atribuyen por imperativo legal o administrativo y que pueden resultar lesivas para sus convicciones morales, éticas y religiosas. Para que esta sea efectiva en los artículos se desarrollan unas especificaciones que deben cumplir, como que no sea colectiva o institucional, como que opere conforme a la moral y no por circunstancia oportunistas, que se comunique al colegio de médicos o entre otras más, que no puedan derivarse de la misma situaciones de privilegio o perjuicio a quien la invoca.

5.2.2 ¿Qué implicaciones tiene la enfermería en las situaciones sanitarias respecto de las cuestiones al final de la vida?

A pesar, en muchas ocasiones, del papel de secundario que ha acompañado a la enfermería a lo largo de historia. La evolución que ha experimentado y las implicaciones que tienen las situaciones relacionadas con el final de la vida, hacen que sea un tema que no se limite a tocar a enfermería únicamente de soslayo. El motivo principal, es que es una cuestión de “cuidados”, es decir, es una etapa donde el tratamiento a la patología desaparece y se agudiza en el confort y bienestar del paciente, pasando todo ello a un primer plano. Estas situaciones, quizá, resultan en el ámbito dentro de la sanidad, donde nuestro protagonismo y conocimientos tiene que dar más de sí. Pues, estos casos se desarrollan únicamente en el ámbito del cuidado, el cual resulta máximo exponente de nuestra profesión.

El cuidado y el acompañamiento no resulta una cuestión banal y dentro del mismo, existen diversos horizontes hacia los que hay que remar. Decía Klubber Ross: *“Puede pedir a gritos descanso, paz y dignidad, pero sólo recibirá infusiones, transfusiones, un aparato para el corazón o la traqueotomía si es necesario. Puede que quiera que una sola persona se detenga un solo minuto para poder hacerle una sola pregunta... pero se encontrará con una docena de personas pendientes del reloj, todas activamente preocupadas por su ritmo cardíaco, su pulso, su electrocardiograma o sus funciones pulmonares, sus secreciones o excreciones, pero no por él como ser humano”*. Y es que el tratamiento de un paciente terminal se desarrolla en una serie de dominios que engloban lo físico, emocional, social, espiritual y existencial. Es un paciente distinto al resto. Viktor Frankl Abogaba por la búsqueda de sentido, y no en un ámbito abstracto, sino en algo concreto, algo que dote de sentido la vida del individuo, que la haga útil y bien vivida. Habla también de la distorsión del tiempo, como en el final, se tiende a mirar más hacia atrás, hacer examen y evaluación de nuestros actos, como lo mundano y los problemas cotidianos van perdiendo sentido y surge en la persona una tremenda angustia, que le lleva al sufrimiento, que a su juicio, agudiza al hombre y le lleva a reflexiones, que en otras circunstancias no se harían. El hecho de dar sentido, de entender la transitoriedad de la vida, dota al individuo de un empoderamiento vital, que hace afrontar los últimos momentos, con una aceptable serenidad que trasciende a lo físico y a lo espiritual. Por ello, la enfermería, ante el paciente terminal tiene un número de frentes abiertos extensos, en los que, tiende a ser la principal protagonista en el abordaje de los mismos. Siendo tan

importante lo técnico y el acto enfermero, como el hecho de dialogar con el paciente y con cautela y precaución, apoyarle en su búsqueda de sentido, potenciando ese suprasentido o sentido de trascendencia, que le proporcione un estado de confort y bienestar integral, durante sus últimos momentos.

Por ello, el abordaje enfermero, no solo por nuestras implicaciones profesionales, sino por la situación circunstancial, existente, por la cual, el enfermero resulta ser el profesional sanitario que más tiempo pasa a pie de cama del paciente. Resulta una obligación no solo la atención sanitaria, sino a su vez el acompañamiento. Por consiguiente, el enfermero supone una figura importante en las decisiones del paciente. Un buen cuidado y abordaje de enfermería, puede dotar de vitalidad a la persona, consiguiendo proporcionar más sosiego y tranquilidad, que unos analgésicos. Su trabajo es realmente trascendente en el abordaje de la enfermedad por el propio paciente, dotando de dignidad esa vida y eliminando en el mismo pensamientos negativos, de desesperanza, soledad, desatención, que muchas veces pueden llevar al enfermo a decantarse por una muerte anticipada.

El código deontológico de enfermería, en sus artículos 15 y 16 dice lo siguiente: Artículo 15 *“La Enfermera/o garantizará y llevará a cabo un tratamiento correcto y adecuado a todas las personas que lo necesiten, independientemente de cuál pueda ser el padecimiento, edad o circunstancias de dichas personas.”* 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.”* En estos dos artículos, expone que el acto enfermero deberá ser lícito y adecuado, que respete la vida del individuo y que evite todas aquellas acciones que atenten contra la misma. No existe una negación total, debido a que en su artículo 18 que dice así: *“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 ésta ya no pueda evitarse.”* Se han de garantizar una serie de cuidados, que en ciertas situaciones y de forma indirecta, pueden suponer un acortamiento de la vida del paciente, pero al igual que en la moral médica, no se puede llevar a cabo ninguna acción cuyo fin directo sea la búsqueda de la muerte. Es más en el artículo 47 se recalca: *“Las Enfermeras/os deberán rechazar enérgicamente*

cualquier tipo de presiones que puedan ejercérselas, con la finalidad de utilizar o manipular sus conocimientos o habilidades en perjuicio de los seres humanos.”. Así mismo y a su vez, también son responsables de rechazar cualquier tratamiento fútil o que implique abandono del paciente, tal como se redacta en el artículo 55 “La Enfermera/o tiene la obligación de defender los derechos del paciente ante malos tratos físicos o mentales, y se opondrá por igual a que se le someta a tratamientos fútiles o a que se le niegue la asistencia sanitaria.”

Concluyendo, el cuidado es el punto clave de la actividad enfermera dentro de la sanidad, nuestra obligación es velar por el mantenimiento, empoderamiento, rehabilitación y restitución de la salud en el paciente. A día de hoy, todo acto que realice la enfermera sobre el paciente y que implique acortamiento o fin de la vida es absolutamente ilícito, pues no tiene capacidad de recetar, ni de establecer o retirar tratamientos. El código deontológico a lo sumo, concede la posibilidad de valorar la futilidad de ciertos tratamientos y ponerlo en conocimiento del médico responsable. Además, no existe legislación, que hoy en día, permita al enfermero poner fin a la vida de un paciente o recetar tratamiento letal.

5.3 Papel ético del Estado en las cuestiones acerca del final de la vida.

Thomas Hobbes, filósofo inglés, en su *Leviatán*, distinguía entre “Estado natural” y “Estado social”. Decía que en el estado natural, se daba una situación de guerra constante, pues todos los individuos, conforme a sus características físicas y mentales, exacerbados por sus pasiones, se movían entorno al interés individual. En ese estado natural, no existía moral alguna, sino que la guía era un conjunto de motivaciones individuales, que generaban una competición constante, dando lugar a una pugna de todos contra todos. El único límite a nuestros deseos, era únicamente la oposición que pudiésemos encontrar en el otro. Por lo tanto, al no haber lugar para la moral, a su juicio, resultaba imposible condenar los actos como buenos o malos.

Ante esta situación, Hobbes, nos dice, que para salir del estado de naturaleza los individuos crean un ente social artificial, al que denominan Estado, y la unión se basa en un primer lugar, en abatir la inseguridad constante que amenaza en el estado natural y por otra parte, en lo que denomina “contrato”, es decir, el hecho por el que los individuos se comprometen o subordinan a un poder coercitivo superior, que tenga capacidad para

imponer el cumplimiento de dichas normas. Siendo el motivo último la protección de la vida y la calidad de ésta.

En este contrato existen dos partes, un individuo libre, entendiendo por tal la inexistencia de impedimentos externos y un poder coactivo soberano que limita la libertad natural del súbdito, restringiendo ciertas libertades y estableciendo las limitaciones de lo que hoy denominamos sociedad civil.

Con esta introducción de Estado, que no es ni mucho menos histórica, sino más bien filosófica, lo que pretendo, es sacar a debate el papel del estado, lanzando la pregunta acerca de si es un agente moral, o por el contra, es un ente utilitarista que únicamente busca unos mínimos de convivencia. Evidentemente, esta cuestión sería objeto de otro trabajo, pero sí que vamos a analizar, la labor de este ente, respecto al tema que nos interesa.

Existen multitud de corrientes acerca de cuál debe de ser el grado de intervencionismo de un estado en las libertades ciudadanas. A su vez, también existe discusión a la hora de determinar que libertades se pueden considerar absolutamente privadas y concernientes a la vida íntima del individuo y cuales son de implicación pública. Como ejemplo de la dificultad que entraña tal distinción, tenemos la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo, donde en su preámbulo nos dice lo siguiente: *“La decisión de tener hijos y cuándo tenerlos constituye uno de los asuntos más íntimos y personales que las personas afrontan a lo largo de sus vidas, que integra un ámbito esencial de la autodeterminación individual. Los poderes públicos están obligados a no interferir en ese tipo de decisiones, pero, también, deben establecer las condiciones para que se adopten de forma libre y responsable, poniendo al alcance de quienes lo precisen servicios de atención sanitaria, asesoramiento o información”* En este caso, vemos como conductas individuales y privadas a priori, tienen repercusión tanto en el Estado, así también, en terceras personas, como es la situación de los no-natos, en caso de permisibilidad del aborto. La franja que separa lo privado y personal de los límites civiles o de mínimos, no son claros. Evidentemente y como es en este caso, muchas normas estatales violentan la deontología de determinados colectivos. Una de las preguntas que cabría hacerse es ¿qué lugar ocupa la deontología en este entramado social?, o si bien, ¿el Estado puede hacer deontología en función de sus necesidades? Hemos visto durante el trabajo multitud de leyes que

rompen con la deontología y el juramento hipocrático en bastantes de sus ámbitos. Suscitando incluso debate sobre la idoneidad de tales códigos por parte de los propios profesionales, recordemos, por ejemplo, que médicos, como el patólogo estadounidense Kevorkian, proponía romper con los códigos morales médicos, por considerarlos desfasados o de fuerte influencia religiosa, incluso pretendía fundar una nueva rama de la medicina, denominada “Obitatria”, es decir, especialidad médica en el homicidio de pacientes.

Otra de las críticas que se hace, hoy en día, es la deslocalización del poder estatal en otras entidades mercantiles o supranacionales. Concretamente en España, la Ley 25/2009, de 22 de diciembre, de modificación de diversas leyes para su adaptación a la Ley sobre el libre acceso a las actividades de servicios y su ejercicio. Conocida como “Ley Ómnibus” es una norma promovida en función de estos intereses mencionados anteriormente, concretamente respecto a la exigencia de ciertas directivas europeas como Directiva 2006/123/CE de 12 de Diciembre o la Directiva 98/5/ CE de 16 de Febrero de 1998. Favoreciendo la mercantilización de muchas actividades profesionales. Esto ha afectado sobre todo a los colegios profesionales convirtiéndolos en verdaderas entidades corporativas. Es decir, pasan a tener una entidad privada, que tiene que velar a su vez por intereses éticos y mercantiles. Por lo que los comportamientos quedan sujetos a una honestidad muy variopinta, que atiende más a elementos de comodidad y costes, que a la propia realidad moral.

Esta permisibilidad, la legalización de la eutanasia y el suicidio asistido, además del supuesto “interés general” que toda ley invoca para su legitimación, tiene detrás, en cuenta, elementos meramente macroeconómicos, el coste de matar a una persona resulta menor, que el hecho de tener que garantizar unos cuidados y un confort hasta sus últimos días. Pero el desarrollo de legislaciones en pro o en contra de la eutanasia, no hacen mejor o peor a un gobernante, en sentido, de que el análisis en política ha de ser global, y muchas veces el hecho de que un paciente pida la muerte, es consecuencia de una desprotección y de una desatención por parte de los estados, de servicios básicos y derechos fundamentales, como en este caso puede ser, el hecho de una correcta sanidad, o el de unos correctos cuidados paliativos o ayudas a personas dependientes, unidos a su vez, al elemento pecuniario necesario, para llevar a cabo tales normativas y que no queden en una mera cuestión de forma, sino que ataquen también el problema de fondo.

Otro de los motivos que se achacan, en la elaboración de leyes, es que surgen con el fin de plantear derechos, que ya se recogen en normativas superiores, pero las cuales realmente, como en la norma original, no pasan de establecer un significado vago anteriormente descrito, sin acometer un desarrollo que se centre en el conjunto del problema. A juicio de Ruiz-Calderón, docente de la Complutense de Madrid y autor de artículo “Política de Estado ante el final de la vida. Transformación de la deontología médica” lo define de este modo cuando habla de la legislación respecto del problema de la autonomía y voluntades anticipadas en el paciente: “*La norma pues aparece como todas las normas ideológicas españolas con la voluntad de afirmar un principio, (...); por otra parte procura implantar una ficción.*”.⁵⁸

Una de las argumentaciones que se postulan en contra de los detractores de la eutanasia, es el uso de la falacia “*ad Hitlerum*” que consiste en denigrar todo aquello de lo que hizo uso el régimen nazi, sí que es cierto, que argumentar lo lícito o ilícito de una situación en función de si se producía o no, en la Alemania nazi, puede caer en lo falacioso, no en vano, lo nazis realizaron modelos de programas de educación física, que hoy en día, son positivos para el desarrollo de los niños, hicieron autopistas o incluso escuchaban determinada música, que no tiene por qué ser negativa. Ahora bien, saco esto a colación, pues muchas leyes se realizan en virtud de la democracia, en estados supuestamente no totalitarios, con normativas que pueden afectar para bien o para mal aspectos muy íntimos de la persona. Con ello y en comparación con la eutanasia practicada por los nazis, convendría hacer una distinción entre la eutanasia totalitaria y la eutanasia liberal, valorando no solo la finalidad sino la gravedad del ejercicio la misma. Pues los elementos de la “liberal” tienden a ser menos restrictivos que los totalitarios, es decir, en pos de la libertad y la dignidad, y a pesar de los instrumentos legislativos como: consentimiento informado, voluntades anticipadas, representantes legales, que en teoría deberían garantizar la voluntad del paciente, han adquirido un enfoque donde realmente se aumenta el poder del médico o de terceras personas ajenas o relacionadas con el individuo, que en poco o en nada pueden compartir la voluntad del paciente.

Eliminando malinterpretaciones, cierto es que el nazismo fue una etapa abominable y bochornosa en la historia de la humanidad, su argumentación era clara, justificaban la

⁵⁸ Serrano Ruiz-Calderón, J.M.; *Política de Estado ante el final de la vida: la transformación de la deontología médica*. (2012), [cited April 22, 2015]; Available from: OAIster.

eutanasia, diciendo que existían vidas que no merecían ser vividas, y sus acciones constituyeron un desenlace atroz en tal situación. En la actualidad, convendría centrarnos en el nudo del asunto, pues se corre el riesgo de desviar la atención e invertir la moralidad. Hoy no se justifica el acto en pos de ideologías tan inmorales, sino que se justifica en pos de la Dignidad, hablando de muerte digna y se pierde entre presiones sociales y abstenciones piadosas que derivan en una pendiente resbaladiza, donde la protección estatal de muchos derechos, al final se convierte en un menoscabo a los mismos.

En mi opinión y para cerrar este apartado, creo que la eutanasia o la obstinación terapéutica se corresponden a soluciones extremas respecto al problema que tratamos, decantarse premeditadamente por una de ellas o por ambas, supone un hecho irreflexivo o que responde a otros intereses más allá de lo moral o la preocupación por el individuo, aunque estas decisiones no sean fruto de la crueldad de estados totalitarios, sí que existen argumentos para pensar, que por encima de la piedad o de la dignidad que enarbolan los llamados estados democráticos, existan intereses ocultos o al menos poco claros.

3. CONCLUSIONES

1. Independientemente, de las corrientes filosóficas o religiosas, y de la implicación de finitud o inmortalidad que acompañe al concepto, la mayoría de posturas hacen una división del hombre en cuerpo y alma.

2. Casi todas las corrientes desde sus diversas fórmulas, afrontan y aceptan la transitoriedad de la vida, entendiendo el acto de morir, como un proceso, en el que se va produciendo un desapego de la realidad material y en el que, poco a poco, la mente (o alma) va dominando las voluntades del cuerpo, para culminar en una liberación de la parte espiritual tras un desapego de la material, aceptando así la muerte. Consideran que para ello es importante un aprendizaje durante la vida material, que nos enseñe a llevar de forma correcta este proceso cuando llegue el momento.

3. El termino eutanasia proviene del griego y significa “buena muerte”, Pero no fue hasta 1623, cuando Francis Bacon, retomo el concepto y le doto de su significado actual, entendiéndolo, como un método de ejecución, a través del cual, se provoca la muerte sin sufrimiento físico, adelantándose así a la muerte natural.

4. La eutanasia es un procedimiento que se lleva practicando desde la antigüedad hasta nuestros días, pueblos como los Khoikhoi, Lapones, Bosquimanos, Esquimales, Celtas o iberos han practicado alguna forma de eutanasia. En la antigüedad, se dio una situación paradójica, pues el hecho estaba mal visto si se realizaba de forma individual, pero en determinadas situaciones se aceptaba la “eutanasia de estado”. Es con el cristianismo y durante toda la Edad Media, donde se encuentra una oposición más fuerte a la misma y al suicidio, derivando a posturas más indulgentes a raíz de la Revolución Francesa, aun así, el suicidio, nunca deja de considerarse como un delito.

5. Los movimientos eugenésista, cuya doctrina cobro importancia durante los totalitarismos del s.XX y que supuso el germen de los movimientos actuales, partidarios de la eutanasia y el suicidio asistido, tuvieron su origen entre finales del s.XIX y principios del s.XX, principalmente en EE.UU y Reino Unido.

6. Tanto países demócratas como totalitarios, independientemente de su color político, realizaron en mayor o menor medida políticas eugenésicas y procedimientos eutanásicos. Solo ciertos, segmentos de la iglesia católica se mantuvieron firmes en sus convicciones de defensa de la dignidad de la vida humana.

7. En España no se reconoce derecho alguno sobre la muerte en su carta magna. La eutanasia a priori, resulta ilegal, pero existen lagunas legales que pueden dar lugar a una eutanasia encubierta, además, en el artículo 143 del Código Penal, se reconocen atenuantes para los supuestos de cooperación para el homicidio, en casos, en los que la persona padezca un grave sufrimiento derivado de enfermedades graves, que lleven a un padecimiento, permanente y difícil de soportar.

8. En Holanda, la eutanasia se encuentra legalizada desde 2002 y la exigencia es que la petición venga únicamente del paciente, que sea completamente libre y voluntaria, además de insistente. El paciente debe de sufrir un padecimiento de forma intolerable y sin perspectiva de mejorar, considerando esta como última opción. Respecto a la cuestión en Holanda, dan un giro importante tras el “caso “Assen” en 1994, donde se ratificó como legal, la primera eutanasia ejercida sobre una paciente que no contemplaba dolencia física alguna, extendiendo aún más la aplicación de la misma y tras el “caso Groningen” se traslada esta práctica en menores, generando una situación de pendiente resbaladiza en la permisibilidad del acto.

9. En Bélgica la eutanasia se legalizó en 2002, los requerimientos son similares al del caso Holandés.

10. El procedimiento de supervisión para la aplicación de la eutanasia en ambos países, se controla, de forma similar, a través de los propios médicos implicados, mediante una “auto-declaración” que envían a la fiscalía, la cual, tras examinar dicha documentación administrativa, son los responsables de iniciar procedimiento legal si consideran que se ha incurrido en delito.

11. En ambos, este procedimiento legal se preocupa de una protección y lavado de cara, de los médicos responsables. Ya que no se ofrece una garantía externa que supervise el caso son los propios médicos, los encargados de aportar las pruebas que pueden resultar inculpatórias de sí mismos.

12. La práctica del suicidio asistido se extiende también a Suiza y Oregón. En el caso de este último, el servicio es de titularidad pública y solo es extensible a residentes. En el caso de Suiza, se ofrece de forma pública y privada y se hace extensible a nacionales y extranjeros.

13. El prototipo principal de paciente que solicita la eutanasia y suicidio asistido, tienen a ser generalmente, individuos de raza blanca, con estudios universitarios, entre una franja de edad de 70-85 años y cuyas patologías principalmente son cáncer y enfermedades neurodegenerativas. Sus principales motivos, son la pérdida de autonomía, la incapacidad para realizar actividades básicas de la vida diaria y la pérdida de dignidad.

14. La sintomatología general del paciente terminal tiende a ser: Disnea, caquexia, anorexia, astenia, sequedad de boca, vómitos, náuseas, sangrados, alteración de la orina, incontinencia, estreñimiento, dolor, delirio, agitación, angustia, desorientación e inestabilidad terminal. A menudo tienden a actuar entre ellos de forma multifactorial.

15. Mucha de la sintomatología anteriormente descrita es controlable a través de unos buenos cuidados paliativos, concretamente el dolor, mediante la escalera de la OMS, es controlable en el 70-90% de las ocasiones. Cuando se da el caso de síntomas refractarios puede estar justificado el uso de la sedación paliativa. En la revisión bibliográfica no he encontrado datos que relacionen dicha sedación con un acortamiento de la vida.

16. En estudios sobre paciente oncológicos que ha observado que en el momento inicial solo el 50% de los mismos acepta la enfermedad, este hecho se reduce a medida que avanza y la sintomatología terminal aparece, reduciéndose al 21-39%.

17. Gran parte de la aceptación radica en comprender que el sufrimiento es parte de la vida, se puede atenuar o aliviar, pero no se puede hacer desaparecer por completo, pues es una circunstancia que trasciende a lo físico.

18. según la bibliografía consultada, existen estudios en España que existe un problema en la distribución de los recursos paliativos, Autonomías como Cataluña, cuenta con 183 centros que dan una cobertura extensible al 95% de su población, mientras que otras comunidades como Castilla y León, solo es capaz de hacer extensible la cobertura a un 25% de su población. Esta desigualdad, genera colas de espera, que sumadas a la característica de la enfermedad con su evolución a medio y corto plazo, hacen que esta atención no sea la más correcta en muchas personas.

19. La Limitación del esfuerzo terapéutico, por regla general, se restringe a pacientes en los que el tratamiento no conlleva beneficio fisiológico alguno, están en muerte cerebral o tienen fracaso multiorgánico de 3 o más órganos con una evolución de 4 días. En la

mayoría de las ocasiones la decisión de la LET es tomada por médicos y familiares de forma consensuada.

20. La práctica de la eutanasia y el suicidio asistido han aumentado en todos aquellos países en los que ha sido legalizada, desde el primer momento. A pesar de ello, el número de suicidios no asistido o las tasas de eutanasia encubierta, según estudios independientes, sigue sin verse disminuido.

21. Solo un grupo muy reducido de pacientes, tiende a pasar por segundas consultas de especialistas o por consulta psiquiátrica tras el deseo de acabar con su vida. El resto de peticiones, se aprueban sin este paso previo tras la consulta a un único médico, que no tiene por qué ser especialista y la aprobación de un segundo médico, que en muchas ocasiones emite un informe por escrito, sin haber examinado al paciente.

22. Datos recogidos de informes oficiales de Oregón, determinan que 1 de cada 4 personas que deciden llevar a cabo el suicidio medicamente asistido, tienden a echarse atrás, por lo que, se pone de manifiesto la revocabilidad que puede existir en la decisión, que tiende a ser nada clara. Estudios en Holanda, confirman que un 27% eligen la eutanasia por miedo a ser dependientes respecto a terceros. Por lo que, no es solo que la decisión pueda ser revocable, sino que en muchas situaciones se basa en cuestiones, en cierto modo, ajenas al individuo.

23. Estudios independientes como el realizado por la revista The Lancet en Holanda, estiman que entre el 20-23% de las muertes no se reportan, por otra parte señala que un 12,5% de las muertes está relacionado con el mal uso de la sedación paliativa. En Bélgica, un estudio realizado por Luc Deliens, de la Universidad de Bruselas, sigue la misma línea, y estima que aunque la tasa de eutanasia involuntaria, respecto a las muertes totales ha disminuido al 1,8%, existe un 14,5 % de muertes relacionado con el mas uso de la sedación y cerca de un 48,7% relacionado con intervenciones clínicas.

4. REFLEXIÓN ANTROPOLOGICA

Poco se puede decir ya, que no se haya dicho hasta ahora, pues el trabajo en su conjunto representa un compendio de opiniones y reflexiones de carácter antropológico entorno a la muerte y a al acortamiento de la vida de forma “artificial” mediante determinadas técnica, ajenas al buen hacer médico.

El derecho natural, nos dice que matar está mal. Pero el derecho positivo y consuetudinario de muchos países se empeña en justificar el acto en post de la dignidad y de la piedad, entendiendo la eutanasia como un acto de compasión. La pregunta ahora, es dilucidar, si puede resultar el homicidio compasivo correcto, cuando verdaderamente, existen otras medidas que pueden atenuar sufrimiento mitigando el dolor, o si esto no es posible, mediante la sedación paliativa reducir el nivel de conciencia del paciente. Son cuestiones a aun a debate.

En el plano ético, huelga decir, que tanto la mayoría de los autores, así como la iglesia, se postulan en contra de la eutanasia estricta, entendiendo por tal, la aceleración de la muerte mediante medios artificiales. Así como de aquellas medidas, que a su vez, suponen un alargamiento artificial de la vida, entrando en conceptos como la distanasia y la obstinación terapéutica.

Todos los autores coinciden que el hombre tiene que vivir y debe de vivir su propia muerte, pues es un acontecimiento más del periplo vital de un individuo. Pero ciertas corrientes y posturas religiosas van más allá, defendiendo que dicha etapa se realice en las mejores condiciones ambientales posibles y rodeado de aquellas circunstancias que la convierta en un acontecimiento de carácter personal y digno.

El hombre es un ser peculiar dentro de la naturaleza, presenta unas características que le permiten distinguir entre el bien y el mal y esto le proporciona una autonomía y libertad sobre la vida, no está sujeto a movimientos no reglados como los animales, o a la estaticidad de los vegetales. Independientemente de la orientación del individuo, este tiene una capacidad ética, que le permite identificar, las implicaciones, no solo deterministas de cada acto, sino su trascendencia moral, lo lícito o ilícito que puede resultar cada acto en función de sus consecuencias. El sanitario es un individuo más, con la circunstancia, debida a su desempeño profesional, de verse enfrentado, a situaciones derivadas de sus actos técnicos que presentan una fuerte carga moral. Pues su atención y trabajo se centra únicamente en torno a la persona. La Bioética, es una disciplina que se

centra, de forma interdisciplinar, analítica y sistemática, en el estudio de las consecuencias morales que derivan de todo acto fitosanitario. Como hemos visto en este trabajo, la eutanasia no resulta una cuestión únicamente médica, es una cuestión que para entenderla, hay que traspasar los límites de las ciencias sanitarias y recurrir a lo jurídico, filosófico, antropológico e incluso religioso. Es decir, a la integralidad de la persona.

Por ello y para terminar, quiero reincidir en dos ideas clave. La primera es que el hombre es libre, no está sujeto a ciertas leyes de la naturaleza como los animales, los hombres pueden combatir su instinto, incluso en términos que van en contra de su propia vida, es decir, carecen de un determinismo biológico estricto, están sujetos a determinados procesos, pero muchos otros no dependen de la mecánica del instinto, sino que el hombre realiza actos volitivos, que pueden seguir esa línea o contradecirla. Esta libertad, nos dota de moral, de sentido ético. Además el individuo, puede ser feliz, independientemente de estas mismas leyes, su realización, reside en sí mismo, es un ser interior y exterior, por ello, el valor de la vida es absoluto, no hay condición material o biológica alguna, que pueda afectar directamente a la dignidad vital, las discrepancias residen en la diversidad de enfoques que nos permite nuestra libertad. Por ello, ¿Se puede considerar la eutanasia un acto moral, cuando se justifica en posiciones subjetivas para atentar contra un valor absoluto, como es el caso de la vida humana?

Mi segunda idea clave, es la necesidad del sanitario de ir más allá, ¿nuestra obligación es únicamente biosanitaria o requiere de una interdisciplinaridad? Como hemos visto durante el trabajo, la cuestión que nos atañe, va más allá del pleno análisis clínico de la situación. Conocer elementos de la filosofía, de la ética, de la religión, conceptos legales, nos dotaría de más capacidad y nos ayudaría a enjuiciar mejor nuestros actos, realmente consiguiendo el abordaje integral del paciente, como enfermo y como persona.

5. BIBLIOGRAFÍA

5.1 Jurisprudencia referenciada

- Constitución Española de 1978 («BOE» núm. 311, de 29/12/1978)
- Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal («BOE» núm. 281, de 24/11/1995.)
- 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. [«BOE» núm. 274, de 15 de noviembre de 2002, páginas 40126 a 40132 (7 págs.)]
- Ley 2/2010, de 8 de abril, de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de la muerte
- 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. (BOA núm. 70 de 07 de Abril de 2011 y BOE núm. 115 de 14 de Mayo de 2011)
- Ley 1/2015, de 9 de febrero, de derechos y garantías de la dignidad de la persona ante el proceso final de su vida
- Anteproyecto de Ley Reguladora de los Derechos de la Persona ante el Proceso Final de la Vida de 27 de dic de 2001(BOE- 122/000004 -27-12-01)
- Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo

6.2 Códigos éticos de actividades profesionales referenciados

- Organización médica colegial de España. Código Deontológico de Medicina. Madrid: 2011
- Organización Colegial de enfermería. Código Deontológico de Enfermería. 1998

5.3 Bibliografía consultada

- alexschadenberg.blogspot.com [internet] Eutanasia Coalición de Prevención, 24 SEP 2013. (citado el 8-4-2015) disponible en: <http://alexschadenberg.blogspot.com.es/2013/09/netherlands-euthanasia-report-indicates.html>
- BARBERO, J.; DÍAZ, L. Diez cuestiones inquietantes en cuidados paliativos Ten worrying questions in palliative care. An. sist. sanit. navar, 2007, vol. 30, no Suplemento 3.[internet] (citada el 1-4-2015) disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/asisna/v30s3/original5.pdf>
- Belloc Rocasalbas M., Girbes A.R.J. Toma de decisiones al final de la vida, el modo neerlandés a través de ojos españoles. Med. Intensiva [revista en la Internet]. 2011 Mar [citado 2015 Mar 16]; 35(2): 102-106. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0210-56912011000200006&lng=es.
- Beller E, van Driel M, McGregor L, Truong S, Mitchell G. Sedación farmacológica paliativa para adultos en fase terminal. Cochrane Database of Systematic Reviews 2015 Issue 1. Art. No.: CD010206. DOI: 10.1002/14651858.CD010206
- Buhigas G, Eugenesia y eutanasia. 1ed. Madrid: Sekotia editorial, 2009
- Cabre Pericas L.; Solsona Duran J.F.; Limitación del esfuerzo terapéutico en medicina intensiva. España: Med Intensiva 2002;26(6):304-11 (citado el 1-4-2015) disponible en: <http://www.elsevier.es>
- Castillo E; Caminos del desarrollo psicológico. Volumen V: La muerte. México: Plaza y Valdés, S.A. de C.V., 2005. (p.82) ProQuest ebrary. Web. 2 March 2015.
- Colell Brunet, Ramón. Enfermería y cuidados paliativos. España: Ediciones de la Universitat de Lleida, 2008. ProQuest ebrary. Web. 16 March 2015. Copyright © 2008. Edicions de la Universitat de Lleida. All rights reserved
- Diez de la Cortina Montemayor, Elena. Historia de la filosofía: Lucio Anneo Seneca, El Estoicismo. España: Cibernous, 2005. ProQuest ebrary. Web. 1 March 2015.
- Dignitas. Accompanied suicide of members of dignitas by year and by country of residency.[WWW. <http://dignitas.ch>] 2014 (citado el 5-4-2015) disponible en: <http://dignitas.ch/images/stories/pdf/statistik-ftb-jahr-wohnsitz-1998-2014.pdf>

- Durkheim, Émile. El suicidio: estudio de sociología y otros textos complementarios. Argentina: Miño y Dávila, 2012. ProQuest ebrary. Web. 11 March 2015. Copyright © 2012. Miño y Dávila. All rights reserved.
- Eserverri Chavarri, Cecilio. Enfermería facultativa: reflexiones filosófico-éticas. España: Ediciones Díaz de Santos, 2007. ProQuest ebrary. Web. 22 April 2015.
- Bonete Perales, Enrique. ¿Libres para morir? en torno a la tánato-ética. España: Editorial Desclée de Brouwer, 2004. ProQuest ebrary. Web. 1 March 2015.
- Federal Statistical Office; Cause of Death Statistics 2009, assisted suicide and suicide in Switzerland. [internet] Suiza: Neuchâtel, 2012. (citado el 5-4-2015) disponible en: <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/en/index/news/publikationen.html?publicationID=4732>
- Garces Ceresuela M; Nutrición e hidratación en situaciones críticas. Estudio descriptivo de pacientes hospitalizados. España: Universidad Internacional de Cataluña, 2008 (p.25) [citado el 16-3-2015] recurso disponible en: [ww.bioeticacs.org/iceb/investigacion/Garces_Bioetica_tesis_actualizada_corregida_nutricion_e_hidratacion_2008.pdf](http://www.bioeticacs.org/iceb/investigacion/Garces_Bioetica_tesis_actualizada_corregida_nutricion_e_hidratacion_2008.pdf)
- GARCIA GUAL C; Tratados hipocráticos. Madrid: Ed Gredos 1983
- Gómez-Sancho M., Altisent R., Bátiz J., Ciprés L., Corral P., González-Fernández J.L. et al. Atención médica al final de la vida: Conceptos. Rev. Soc.
- Gutiérrez, J. V., & Ortega, Í. LA «PENDIENTE RESBALADIZA» EN LA EUTANASIA EN HOLANDA «SLIPPERY SLOPE» AND EUTHANASIA IN THE NETHERLANDS. (2007). Cuad. Bioét, 18, 1ª. [internet] (citado el 22/03/2015) disponible en: <http://mail.aebioetica.org/revistas/2007/18/1/62/89.pdf>
- Gutiérrez J. V., La “pendiente resbaladiza” en la eutanasia, una valoración moral [Tesis Doctoral] Roma: Universidad Pontificia de la Santa Cruz. 2005 [internet] citado el 22/03/2015 disponible en: <http://www.condignidad.org/zarchivos/argumen/tesisjvega.pdf?phpMyAdmin=f1e07de20b1b35aced62f91283ff0938>
- Esp. Dolor [revista en la Internet]. 2010 Abr [citado 2015 Mar 15]; 17(3): 177-179. Disponible en:

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462010000300007&lng=es

- Federale Controle- En Evaluatiecommissie Euthanasie. ZESDE VERSLAG AAN DE WETGEVENDE KAMERS (2012-2013) Bélgica: 2014. (p.14) (citado el 09-04-2015) disponible en: <http://www.health.belgium.be/eportal/Healthcare/Consultativebodies/Commissions/Euthanasia/Publications/index.htm?fodnlang=nl#.VSZJ0JPvD3s>
- Frankl, Viktor. El hombre en busca de sentido. España: Herder Editorial, 1979. ProQuest ebrary. Web. 22 April 2015.
- Hernando P.; Diestre G.; Baigarri F.; Limitación del esfuerzo terapéutico: “cuestión de profesionales o ¿también de enfermos?” An. Sist. Sanit. Navar. 2007 Vol. 30, Suplemento 3
- Iracheta Fernández F. SOBRE DIGNIDAD Y EUTANASIA VOLUNTARIA: TRES APROXIMACIONES MORALES (II PARTE). Límite 2012; 725-39. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=83624079003>. Consultado el 20 de abril de 2015.
- Júdez J. Assisted suicide and euthanasia: An old and tragic debate, with a guarded prognosis. Anales Sis San Navarra [serial on the Internet]. [Cited 2015 Mar 15]. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272007000600011&lng=en.
- Ministerio de Sanidad y Consumo; Guía de Practica Clínica sobre Cuidados Paliativos. España: Servicio central de publicaciones del Gobierno Vasco, 2008 (p.195) [citado el 16-3-2015] disponible en: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_428_Paliativos_Osteba_compl.pdf
- Martínez Otero J, Aznar J, Gómez I, Cerda G. COMENTARIOS AL PROYECTO DE LEY REGULADORA DE LOS DERECHOS DE LA PERSONA ANTE EL PROCESO FINAL DE LA VIDA. Cuadernos de Bioética 2011; XXII577-594. Consultado el 21 de marzo de 2015. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=87522184007>.
- Marreno Martin M^aS; La evaluación de la calidad de vida en pacientes y familiares como indicadores de impacto de un programa de cuidados paliativos.[Tesis]

España:Universidad de las Palmas de Gran Canaria, 2005 (citada el 1-4-2015)
disponible en: <http://hdl.handle.net/10553/1882>

- Montes, L.; Marín, F.; Pedrós, Fernando.; Qué hacemos para conseguir que la lucha por una vida digna incluya exigencia de una muerte digna. España: Ediciones Akal, 2012. ProQuest ebrary. Web. 25 March 2015. Copyright © 2012. Ediciones Akal. All rights reserved.
- Oramas Vargas, Arquímedes. La ética médica como ética aplicada: una perspectiva desde la contemporaneidad. Cuba: Editorial Universitaria, 2008. ProQuest ebrary. Web. 11 March 2015. Copyright © 2008. Editorial Universitaria. All rights reserved.
- Poyo-Guerrero R., Cruz A., Lagunab M., Matak J.; Experiencia preliminar en la introducción de la limitación de terapias de soporte vital en la historia clínica electrónica. Med Intensiva. 2012;36(1) (Bar) (citado el 01-04-2015) y disponible en: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0210569111002993>
- Regionale toetstoetsingscommissies euthanasie; Jaarverslag 2013. Disponible en: http://www.euthanasiecommissie.nl/Images/Annual%20report%202013_tcm52-41743.pdf
- Romero, J., R. Gálvez, and S. Ruiz. "¿Se sostiene la Escalera Analgésica de la OMS?" Rev. Soc. Esp. Dolor 1 (2008): 1-4.
- Sapena Davó F; Documento de voluntades anticipadas. Revista jurídica de la comunidad valenciana (Valencia) 2002 (núm. 3) [citado el 17/3/2015] disponible en: [https://vpn.uhu.es/f5-w-687474703a2f2f302d7777772e746972616e746f6e6c696e652e636f6d2e636f6c756d6275732e7568752e6573\\$\\$/tol/documento/show/159468?route=ser&general=testamento+vital&searchtype=substring](https://vpn.uhu.es/f5-w-687474703a2f2f302d7777772e746972616e746f6e6c696e652e636f6d2e636f6c756d6275732e7568752e6573$$/tol/documento/show/159468?route=ser&general=testamento+vital&searchtype=substring)
- Serrano Ruiz-Calderón, José Miguel. La eutanasia. España: EIUNSA, 2008. ProQuest ebrary. Web. 15 March 2015. Copyright © 2008. EIUNSA. All rights reserved.
- Serrano Ruiz-Calderón, J.M.; Política de Estado ante el final de la vida: la transformación de la deontología médica. (2012), [cited April 22, 2015]; Available from: OAIster.
- SCHRODER, Marta. Cuidados paliativos en oncología. Anuario de psicología, 1998, vol. 29, no 4, p. 35-53.

- Smets T, Bilsen J, Cohen J, Runujo ML, Deliens L. Legal Euthanasia in Belgium: Characteristics of all reported euthanasia cases. *Med care* 2010 feb: 48(2): 187-92
- Lucrecio Caro T; *De la naturaleza de las cosas: poema en seis cantos* de Tito Lucrecio Caro, traducido por D. Jose Marchena. España: Alicante, biblioteca virtual Miguel de Cervantes. Disponible en: <http://www.cervantesvirtual.com/nd/ark:/59851/bmcm29s5>
- Pablo Oyarzún R, Epicuro, Carta a Meneceo, traducción y notas. *Onomazein* 4 (1999) edición epub 2012 [citado en 28 febrero 2015] http://www.onomazein.net/Articulos/4/23_Oyazun.pdf
- Krikorian, A; FACTORES QUE CONTRIBUYEN A LA EXPERIENCIA DE SUFRIMIENTO EN ENFERMOS CON CÁNCER EN SITUACIÓN AVANZADA / TERMINAL QUE RECIBEN CUIDADOS PALIATIVOS [tesis]: España: Universidad autónoma de Barcelona, 2012 (citada el 1-4-2015) disponible en: <https://www.educacion.gob.es/teseo/imprimirFicheroTesis.do?fichero=31711>
- Esteban Duque R., *Ensayo sobre la muerte*. España: Ediciones Encuentro, S.A., 2009. ProQuest ebrary. Web. [Citado el 21 Febrero 2015]. <http://site.ebrary.com/lib/ufvsp/detail.action?docID=10679652&p00=muerte+ocidente>
- Oregon Public Health Division; Oregon's Death with Dignity Act—2014. [internet] EE.UU: 2015 (p.1) (citado el 4-4-2015) disponible en: <http://public.health.oregon.gov/ProviderPartnerResources/EvaluationResearch/DeathwithDignityAct/Documents/year17.pdf>
- Platón. *Fedón*. Argentina: El Cid Editor, 2004. ProQuest ebrary. Web. 21 February 2015.
- Platón. *La República*. Argentina: El Cid Editor, 2004. ProQuest ebrary. Web. 10 March 2015.
- *Rae.es* [internet] España: Real Academia de la Lengua [22º ed. del Diccionario de la Lengua española, 2001] [citado el: 15 de marzo de 2015] disponible en: <http://lema.rae.es/drae/?val=eutanasia>
- Séneca, Lucio Anneo. *Tratados morales*. Argentina: El Cid Editor, 2004. ProQuest ebrary. Web. 1 March 2015.

- Sociedad española de cuidados paliativos. "Guía de cuidados paliativos." 2000[Internet] [Consultada: 01/04/2015] disponible en: <http://www.secpal.com/guiacp/guiacp.pdf>.
- Simón Lorda Pablo, Barrio Cantalejo Inés M. La eutanasia en Bélgica. Rev. Esp. Salud Pública [revista en la Internet]. 2012 Feb [citado 2015 Abr 09]; 86(1): 5-19. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272012000100002&lng=es.
- Suetonio. Los doce Césares. Argentina: El Cid Editor, 2004. ProQuest ebrary. Web. 11 March 2015. Copyright © 2004. El Cid Editor. All rights reserved.
- Scala A; Chomali F; Melina L; Bruges JL; D´Agostino F; et al. LA ENCICLICA EVANGELIUM VITAE DE JUAN PABLO II –a 15 años después de su publicación. CHILE: Humanitas, Universidad Católica de Chile, 2010
- Tomás y Garrido, Gloria María. Cuestiones actuales de bioética. España: EUNSA, 2011. ProQuest ebrary. Web. 15 March 2015. Copyright © 2011. EUNSA. All rights reserved.
- TUCA, A; SCHRÖDER, M; NOVELLAS, A. Cuidados paliativos en oncología. Anuario de psicología, 1998, vol. 29, no 4, p. 35-53. [internet] citado el (1-4-2015) disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2948306>
- Uzcátegui U Ofelia, Toro Merlo Judith. Consentimiento informado. Rev Obstet Ginecol Venez [revista en la Internet]. 2008 Mar [citado 2015 Mar 17]; 68(1): 1-4. Disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322008000100001&lng=es.
- Vila-Coro, María Dolores. La vida humana en la encrucijada: pensar la bioética. España: Ediciones Encuentro, S.A., 2010. ProQuest ebrary. Web. 11 March 2015. Copyright © 2010. Ediciones Encuentro, S.A. All rights reserved.
- Vilches S., Liliana. Sobre la eutanasia. Chile: Red Revista de Psicología, 2005. ProQuest ebrary. Web. 16 March 2015. Copyright © 2005. Red Revista de Psicología. All rights reserved.
- VILA-CORO, M.D. “La Eutanasia: aspectos médicos éticos y jurídicos” en Derecho Médico: Tratado de Derecho Sanitario. Colex. Madrid, 2001.

- Vila-Coro, María Dolores. La bioética en la encrucijada: sexualidad, aborto, eutanasia (2a. ed.). España: Dykinson, 2008. ProQuest ebrary. Web. 22 March 2015. Copyright © 2008. Dykinson. All rights reserved.
- Wojtyła KJ; Evangelium vitae: Libreria Editrice Vaticana citado el [15 de marzo de 2015] disponible en: <http://w2.vatican.va/content/john-paul-ii/es.html>