

LA DIGNIDAD DEL MURIENTE

Dignity of the Dying Person

Enrique BONETE PERALES
Universidad de Salamanca

Biblid [(0213-356)10,2008,123-144]

Fecha de aceptación definitiva: 14 de noviembre de 2007

RESUMEN

La t nato- tica ha de presentar principios éticos y criterios morales con los cuales el sujeto que est  en los umbrales de la muerte y el médico que le asiste puedan obtener orientaciones para tomar decisiones racionales. Se ofrece una especie de decálogo que resume los conflictos morales más agudos al final de la vida. Inspirándose en los códigos deontológicos que destacados colectivos médicos han aprobado durante estos últimos años, el autor de este trabajo muestra con claridad el desajuste entre la legislación holandesa y los pronunciamientos éticos oficiales de médicos europeos que consideran la eutanasia una práctica contraria a la deontología. Estos son los tres conflictos principales que en esta ocasión se abordan: cuidados paliativos, obstinación terapéutica y eutanasia.

Palabras clave: Deontología médica, Cuidados paliativos, Doble efecto, Obstinación terapéutica, Autonomía moral, Estado vegetativo, Suicidio asistido, Eutanasia, Pendiente resbaladiza, Tánato- tica.

ABSTRACT

Thanato-ethics has to present ethical principles and moral criteria with which the person on the verge of death and the doctor assisting him or her, can find perspectives to make rational decisions. A type of Decalogue is offered, which summarises the moral conflicts that are acutest at the end of life. Inspired by the deontological codes which relevant medical communities have approved during the past few years,

the author of this present piece of work clearly shows the imbalance that exists between Netherlands legislation and the official ethical declarations of European doctors who consider euthanasia an inconsistent practice with respect to deontology. These are the three principal conflicts that are dealt with: palliative care, futility, and euthanasia.

Key words: Medical deontology, Palliative care, Double effect, Futility, Moral autonomy, Vegetative state, Assisted suicide, Euthanasia, *Slippery slope*, Thanato-ethics.

1. DECÁLOGO PARA EL RESPETO DE LA DIGNIDAD DEL MURIENTE

Desde los inicios de la disciplina denominada *Bioética* a comienzos de los años setenta los dilemas en torno al inicio, desarrollo y final de la vida se han ido multiplicando año tras año¹. Se puede afirmar, sin caer en exageración, que cada semana los medios de comunicación (prensa, radio, televisión, internet, cine, reportajes, documentales...) difunden a nivel local, nacional o global informaciones, debates, artículos de opinión e investigaciones que se refieren directamente a lo que constituye preocupación central de los especialistas en diversas ramas de la Bioética². Los debates son interminables, las posiciones ideológicas muy dispares, los presupuestos antropológicos desde los que se parte para analizar los dilemas radicalmente opuestos. ¿Es posible encontrar criterios morales racionales que nos ayuden a discernir el mejor modo de obrar ante las situaciones complejas que suscita el inicio del vivir o el proceso de morir?

Las reflexiones que siguen, siendo fiel a mi particular proyecto de elaborar una *Tánato-ética*³, se ceñirán al esclarecimiento de las pautas morales que pueden contribuir a situarnos con dignidad y entereza en el peregrinaje hacia el final de la existencia. Éste es el reto que me propongo: ofrecer unos criterios morales a modo de *Decálogo para el respeto de la dignidad del muriente* a fin de salir con cierta lucidez de la confusión en la que la sociedad –y cada uno de nosotros– se halla ante el ejercicio de la libertad cuando el proceso de morir, ese destino implacable que a todos nos aguarda, desvela que «el yo» está abandonando el frágil y vulnerable cuerpo.

Mi propuesta aquí es de tipo moral-normativo, más que ético-filosófico. Según el título que encabeza este trabajo, no desarrollaré el nivel teórico de la

¹ GARCÍA GÓMEZ-HERAS, J. M.^a y VELAYOS, C. (eds.), *Bioética. Perspectivas emergentes y nuevos problemas*, Madrid, Tecnos, 2005.

² BONETE, E., «La necesaria ramificación de la Bioética», en: LÓPEZ DE LA VIEJA, M.^a T., *Bioética. Entre la medicina y la ética*, Salamanca, Ediciones Universidad de Salamanca, 2005.

³ BONETE, E., *Éticas en esbozo. De política, felicidad y muerte*, Bilbao, Desclée de Brouwer, 2003 (cap. VII) y BONETE, E., *¿Libres para morir? En torno a la Tánato-ética*, Bilbao, Desclée de Brouwer, 2004.

Tánato-ética, que en otros escritos ya he tratado, sino la dimensión más práctica, aquella que busca orientar, desde un punto de vista moral, las situaciones límite en las que se hallan no sólo los *murientes* (sujetos conscientes de su personal proceso de morir), sino también el personal sanitario encargado de *curar* y *cuidar* a quienes están sufriendo un proceso irreversible de declive. Así pues, dos agentes, principalmente, han de asumir criterios morales para orientar sus pasos en los momentos finales de la existencia: los médicos y los *murientes*. Excluyo en esta ocasión la función ética de la familia, en otro lugar analizada⁴, y también diversas instancias sociales como la propia institución hospitalaria o el marco político-legislativo, que aun siendo destacables, han de acatar los criterios morales que entran en juego en la relación interpersonal sanitario-paciente.

Por lo dicho, resulta necesario establecer dos tablas normativas en las que se pueda distinguir el elenco de criterios que ha de asumir el médico (personal sanitario), por un lado, y el paciente o *muriente*, por otro. En caso de que este último no pueda decidir, por diversos motivos, entonces será la familia –o su representante– quien se encargue de comunicar al personal sanitario la voluntad del paciente inconsciente o moribundo. La tabla normativa referida a este último será también válida para quien le represente, sea de su familia o del círculo de amigos. De tal forma que sólo contamos con dos tablas con capacidad orientadora, la que ha de seguir el personal sanitario que atienda a un moribundo y la que ha de asumir quien está cercano a la muerte y es consciente de su situación irreversible. La primera la llamaré *TABLA DEL MÉDICO* y la segunda *TABLA DEL MURIENTE*. En ambas existirán criterios *activos* y criterios *pasivos*, pues en algunas ocasiones serán los médicos los que tendrán que tomar la iniciativa y actuar ante un paciente que está muriendo, y en otros casos serán los propios *murientes* quienes han de guiar la acción del profesional. Así pues, en determinadas circunstancias los médicos y personal sanitario aceptarán la voluntad del sufriente, y en otras será éste quien seguirá las decisiones médicas, siempre valoradas previamente bajo el prisma moral que unifica ambas tablas. Sin más preámbulos, he aquí las dos tablas morales, primero la del personal sanitario y después su complementaria, la del *muriente*, sujeto consciente de su personal morir.

1.1. *Tabla del médico*

1. He de aceptar en tanto que médico y persona reflexiva **la condición mortal** del ser humano, sin considerar la muerte como un fracaso de mi ejercicio profesional.
2. Tengo la obligación moral de **curar** a los enfermos y considerarlos siempre como «personas» –con dignidad incondicional y valor absoluto– antes

⁴ BONETE, E., «La familia ante el *muriente*», en: CAYUELA, A. (COORD.), *Vulnerables. Pensar la fragilidad humana*, Madrid, Encuentro, 2005, pp. 198-221.

- que como un conjunto de síntomas o manifestación orgánica de una particular enfermedad a combatir.
3. Cuando ya no sea posible curar, he de proponerme siempre **cuidar** a los enfermos y aplicar medidas paliativas que alivien su dolor y sufrimiento, sin perseguir nunca directamente la muerte del paciente.
 4. He de buscar el modo más personalizado de **comunicarme con el paciente y sus familiares** a fin de responder sinceramente a sus preguntas y aclarar todas las dudas que suscite la situación de la enfermedad terminal explicitada en el consentimiento informado, procurando siempre un diálogo fluido y abierto en el que respete los valores y las creencias de los pacientes.
 5. He de estar siempre vigilante para no caer en la **obstinación terapéutica** que mi afán por curar puede generar, evitando así todo dolor y sufrimiento desproporcionado e innecesario en los pacientes (no-maleficencia).
 6. No he de privar al *muriente* de **la consciencia del morir** a través de la sedación profunda sin graves motivos o justificaciones médicas, y nunca aplicaré tal sedación irreversible sin consultar previamente al paciente o, en caso de incapacidad de éste, a sus familiares.
 7. No ejecutaré ningún acto cuya intención sea la de acabar con la vida de un paciente, aunque él me lo solicite (**eutanasia voluntaria-activa-directa**), ni contribuiré de ningún modo al **suicidio médicamente asistido** de aquellos *murientes* que lo pidan.
 8. En caso de una legislación que permita la ayuda médica al suicidio o la eutanasia alegaré la **objección de conciencia**, y si la ley no la contempla ni reconoce, me empeñaré personal y profesionalmente en su reivindicación, asociándome a otros médicos para exigirla como un derecho que ha de ser garantizado.
 9. En tanto que médico busco curar a los pacientes, y teniendo presente que muchas enfermedades pueden ser superadas gracias a los **trasplantes de órganos**, solicitaré a los familiares, de modo respetuoso, su autorización a fin de que los órganos del fallecido puedan ser donados a quienes los necesiten para continuar viviendo, manifestándose así un acto de solidaridad y generosidad que he de alentar por cuanto contribuye al bien de la comunidad.
 10. En tanto que profesional de la salud, consciente de las complejidades morales que se suscitan al final de la vida, procuraré por diferentes medios sociales que la ciudadanía tome la decisión de redactar y firmar unas **voluntades anticipadas** ante testigos lo suficientemente explícitas para que el personal sanitario sepa a qué atenerse en caso de que el paciente sufra algún tipo de pérdida de sus capacidades intelectuales.

1.2. *Tabla del muriente*

1. He de asumir **mi propia muerte**, en tanto persona reflexiva y consciente del don de la vida, como la condición natural de la existencia humana en este mundo espacio-temporal.
2. Tengo la obligación moral de **dejarme curar** por el personal sanitario, otorgando confianza a su competencia profesional y a su intención de buscar siempre mi propio bien (beneficiencia).
3. He de estar dispuesto a aceptar aquellos **cuidados paliativos** que reduzcan mis dolores y sufrimientos, aunque ello ocasione una abreviación de mi existencia, siempre y cuando se me haya consultado previamente o a mi familia –en caso de incapacidad– y no sean un pretexto para procurar intencionadamente mi muerte por parte del personal sanitario.
4. Tengo derecho a solicitar al personal sanitario **información y comunicación** lo más clara posible de cuál es mi situación real y a que mis preguntas sean respondidas del modo más comprensible para mí a través de un diálogo sincero y confiado con los médicos, que puede plasmarse en un consentimiento informado.
5. He de rechazar siempre la **obstinación terapéutica del profesional** que busque alargar mi vida de modo artificial y desproporcionado, ocasionándome dolores y sufrimientos innecesarios sin respetar mi propia capacidad de decisión (autonomía), o la de quien me represente.
6. Antes de someterme a tratamientos analgésicos o sedativos que me hagan **perder de modo irreversible la consciencia** de mi situación terminal he de solicitar al personal sanitario que respete los deseos personales de concluir mis obligaciones familiares, morales y cumplir con mis anhelos espirituales.
7. No solicitaré a los médicos (ni a mis familiares) que me ayuden al **suicidio** ni que me apliquen **la eutanasia** en ningún caso; sin embargo, sí solicitaré de modo expreso que hagan lo posible para que los dolores y sufrimientos que esté padeciendo sean reducidos proporcionalmente, aún a riesgo de que mi vida se vea abreviada como consecuencia indirecta –no buscada– del tratamiento paliativo.
8. Abogaré, en tanto que ciudadano, por el derecho a que el personal sanitario pueda ampararse en la **objeción de conciencia** para negarse a colaborar en un suicidio médicamente asistido o en cualquier tipo de eutanasia.
9. He de estar dispuesto a **donar mis órganos** para trasplantes de modo gratuito una vez muerto (según los criterios de «muerte encefálica total» o parada cardiorrespiratoria) porque es un acto noble, un auténtico acto de amor, con el que se me concede la oportunidad, en tanto que sujeto moral, de aliviar el dolor y sufrimiento de numerosas personas que podrán continuar desarrollando su existencia gracias a mi donación.

10. En tanto que posible enfermo con pérdida irreversible de capacidades intelectuales –e incluso disfrutando de salud– he de informarme para redactar unas **voluntades anticipadas** en las que exponga de modo claro cuáles son mis deseos al final de mi existencia, sin contradecir ninguno de los criterios morales anteriormente expuestos.

Según el decálogo formulado vienen a ser *diez los problemas éticos del final de la existencia*. Tendrían que ser revisados uno a uno a la luz de los *diez criterios morales* presentados que, a mi juicio, han de inspirar la práctica de la *Tánato-ética*. Nos pecataríamos así de qué modo es posible hoy en el contexto europeo respetar la vida digna tanto como respetar la muerte natural. A mi modo de ver, puede sintetizarse la polémica que suscita cada uno de los criterios normativos mencionados en los siguientes enunciados generales, que siguen el mismo orden que el articulado de ambas tablas:

- 1) la condición mortal o el *a priori* antropológico;
- 2) «curar» a los enfermos o la misión primaria del médico;
- 3) «cuidar» a los enfermos o la nueva misión paliativa de la medicina;
- 4) la comunicación médica o el derecho a conocer la verdad;
- 5) la obstinación terapéutica o los límites de la medicina;
- 6) la sedación en la agonía o la consciencia del *muriente*;
- 7) el suicidio asistido y la eutanasia o los límites de la autonomía;
- 8) la objeción de conciencia o un derecho del médico;
- 9) los trasplantes de órganos o la nobleza de la donación;
- 10) las voluntades anticipadas o la asunción personal de la muerte.

Dadas las limitaciones de espacio que se me concede, me limitaré en esta ocasión a exponer el núcleo ético de tres problemas, ciertamente graves, por cuanto en ellos la exigencia moral de respetar la dignidad del *muriente* y moribundo se manifiesta de modo especialmente agudo. Me refiero a los siguientes: «cuidar» a los enfermos o la nueva misión paliativa de la medicina (número 3); la obstinación terapéutica o los límites de la medicina (número 5); el suicidio asistido y la eutanasia o los límites de la autonomía (número 7). Dejo para la redacción de un nuevo libro (*¿Médicos contra moribundos?*, será posiblemente el título) el desarrollo de las restantes cuestiones. A pesar de ser tratados con excesiva brevedad, se mostrará la complejidad del debate ético-moral en cada uno de los tres seleccionados. Tendré continuamente presente los documentos deontológicos de organizaciones médicas nacionales e internacionales, y la legislación holandesa y española, a fin de comprender mejor si en Europa se está luchando hoy a favor de la vida digna o, por el contrario, se está abriendo la puerta a comportamientos que acaban desamparando a los seres más vulnerables que se hallan a las puertas de la muerte.

2. «CUIDAR» A LOS ENFERMOS O LA NUEVA MISIÓN PALIATIVA DE LA MEDICINA

Es evidente que la medicina ha conseguido erradicar numerosas enfermedades y alargar la vida de los seres humanos. La función principal de la profesión sanitaria ha consistido en «curar» a los enfermos, devolverles la salud. Pero en los últimos tiempos, una nueva misión del personal sanitario se ha ido generalizando: «cuidar» cuando ya no es posible la curación⁵. El proceso de morir antaño era más bien breve, pues poco cabía hacer ante determinadas enfermedades. En nuestro contexto técnico y médico el proceso de morir se prolonga, pues se aplican medidas terapéuticas que ralentizan los estragos que las graves enfermedades suelen ocasionar. Por ello, son largas las etapas terapéuticas por las que un enfermo terminal atraviesa⁶. De ahí que los cuidados paliativos sean cada vez más importantes en la práctica médica⁷.

Ya en la célebre «Declaración de Venecia» de la *Asociación Médica Mundial* sobre la enfermedad terminal (aprobada en octubre de 1983) podemos encontrar varios artículos sobre esta función cada vez más necesaria del personal sanitario. Tras aseverar que el deber principal del médico es «curar» y, cuando esto ya no sea posible, paliar el dolor y el sufrimiento, incluso en caso de enfermedad incurable o de malformación, esta Asociación Mundial especifica como criterio moral básico lo siguiente:

El médico puede aliviar el sufrimiento de un paciente que padece de una enfermedad terminal, al interrumpir el tratamiento con el consentimiento del paciente o de su familia inmediata, en caso de no poder expresar su propia voluntad. La interrupción del tratamiento no libera al médico de su obligación de ayudar al moribundo y darle los medicamentos necesarios para aliviar la fase final de su enfermedad. El médico debe evitar emplear cualquier medio extraordinario que no tenga beneficio alguno para el paciente.

No es extraño, siguiendo esta misma inspiración deontológica, que entre los *Principios de Ética Médica Europea* (aprobados el 6 de enero de 1987) se haga referencia, en el artículo 12, a la ayuda que el médico ha de prestar siempre al moribundo como uno de los deberes fundamentales de su ejercicio profesional (principio de beneficencia), en equilibrio y armonía con la libertad del paciente (principio de autonomía), que no ampara la aplicación de la eutanasia ni

⁵ FEITO, L., *Ética profesional de la enfermería. Filosofía de la enfermería como ética del cuidado*, Madrid, PPC, 2000.

⁶ VEGA, J., *Enfermo terminal y eutanasia desde el punto de vista del personal sanitario*, Valladolid, Servicio de Publicaciones de la Universidad, 1993.

⁷ ARRANZ, P.; BARBERO, J.; BARRETO, P.; BAYÉS, R., *Intervención emocional en cuidados paliativos: Modelo y protocolos*, Barcelona, Ariel, 2003; COUCEIRO, A. (ed.), *Ética en cuidados paliativos*, Madrid, Triacastela, 2004; GRACIA, D., *Como arqueros al blanco. Estudios de bioética*, Madrid, Triacastela, 2004 (cap. 20).

la ayuda al suicidio –como se verá en su momento–, sino la persecución de una vida de calidad y el respeto a la dignidad del moribundo. Así lo expresa:

La medicina implica en toda circunstancia el respeto constante por la vida, por la autonomía moral y por la libertad de elección del paciente. En caso de enfermedad incurable y terminal, el médico puede limitarse a aliviar los sufrimientos físicos y morales del paciente, administrándole los tratamientos apropiados y manteniendo, mientras sea posible, la calidad de una vida que se acaba. Es obligatorio atender al moribundo hasta el final y actuar de modo que le permita conservar su dignidad.

Éstas y otras recomendaciones de organizaciones médicas mundiales, europeas y nacionales implican la exigencia de una mayor promoción social y económica de los cuidados paliativos como uno de los objetivos más destacados de la medicina contemporánea⁸. Se requiere de más especialistas y mayor inversión por parte de las administraciones públicas para crear no sólo centros especializados en el alivio del proceso final de la existencia, sino también equipos sanitarios que puedan desplazarse a los domicilios y en colaboración con los familiares facilitar a los pacientes la entrada en la agonía de un modo indoloro.

Es de justicia señalar en este contexto que el Consejo de Europa aprobó en la Asamblea Parlamentaria del 25 de junio de 1999 la recomendación titulada «Protección de los derechos humanos y la dignidad de los enfermos terminales y moribundos», en la que insta a los Estados miembros a través del Comité de Ministros a abogar por la generalización de los cuidados paliativos como el mejor modo de respetar el derecho a la vida y la dignidad de la persona que está padeciendo un proceso agónico doloroso.

Tras señalar cuáles pueden ser las amenazas que se ciernen sobre el paciente terminal (falta de tratamiento del dolor físico, prolongación artificial del proceso de morir, temor a convertirse en una carga, separación de los familiares en los últimos momentos, discriminación social del *murierte*, restricciones de medios de soporte vital por razones económicas, morir sometido a síntomas insoportables, etc.) la Asamblea recomienda al Comité de Ministros e insta a los Estados miembros del Consejo de Europa a respetar la dignidad de los moribundos procurando, entre otras medidas:

- Asegurar que los cuidados paliativos sean un derecho legal e individual en todos los Estados miembros.
- Proporcionar un acceso equitativo a los cuidados paliativos a todas las personas moribundas o en fase terminal.
- Contar con organizaciones y equipos de asistencia ambulatoria, que aseguren la asistencia paliativa a domicilio en los casos en que esté indicada.

⁸ TEN HAVE, H.; JANSEN, R., *Palliative care in Europe. Concepts and policies*, Oxford, O. Press, 2001.

- Garantizar el desarrollo y la mejora de los estándares de calidad en los cuidados del enfermo terminal o moribundo.
- Asegurar que la persona en fase terminal o moribunda recibirá un adecuado tratamiento del dolor (a menos que el interesado se niegue) y cuidados paliativos, incluso si tal tratamiento tiene como efecto secundario el acortamiento de la vida (*principio del doble efecto*).
- Garantizar que al menos los grandes hospitales cuenten con unidades especializadas en cuidados paliativos y hospicios, en los que la medicina paliativa pueda desarrollarse como parte integral del tratamiento médico...

Propuestas todas ellas encaminadas a que el respeto a la vida del moribundo, a la dignidad de su persona (por muy debilitada que se encuentre) y al proceso natural de morir inspiren no sólo el ejercicio de los médicos, sino también la organización de las instituciones sanitarias, así como las políticas de los ministerios encargados de la salud pública. Todo ello conducirá al Consejo de Europa, en los últimos artículos de su recomendación a los Estados miembros, a la prohibición de la eutanasia (más tarde se expondrá la posición de esta institución europea ante tan complejo problema moral).

Para una clarificación de lo que significa hoy «cuidar» no está de más remitirnos a lo que la *Sociedad Española* de Cuidados Paliativos ha proclamado sobre el particular en su célebre «Declaración sobre la eutanasia» aprobada el 26 de enero de 2002:

El objetivo prioritario de los cuidados paliativos es el alivio de los síntomas (entre los que el dolor suele tener un gran protagonismo) que provocan sufrimiento y deterioran la calidad de vida del enfermo en situación terminal. Con este fin se pueden emplear analgésicos o sedantes en la dosis necesaria para alcanzar los objetivos terapéuticos, aunque se pudiera ocasionar indirectamente un adelanto del fallecimiento.

Aquí, en esta última frase, queda ya apuntado cuál es el núcleo moral de este tratamiento que nos ayuda a discernir el mejor modo de respetar la vida y la muerte del paciente. Núcleo que nos introduce en una de las polémicas más interesantes en torno a un principio ético que ha atravesado varios siglos de pensamiento ético católico y no católico desde que Tomás de Aquino lo enunciara en la *Suma Teológica*. Me refiero al *principio del doble efecto*⁹. Este enfoque ético respeta tanto la misión del médico como el proceso natural de morir. Suele recogerse en la mayoría de los *códigos deontológicos* de la profesión sanitaria. Aunque sigue suscitando debates filosóficos, numerosos casos son aclarados y resueltos desde este principio general.

⁹ PINCKAERS, O. P. y SERRAIS, T., *Ce qu'on ne peut jamais faire. La question des actes intrinsèquement mauvais*, Friburgo/París, Ed. Universitaires/Le Cerf, 1986; A. van den BELD, «Killing and the principle of double effect», *Scottish Journal of Theology*, 41 (1988), pp. 93-116.

Para que el principio del doble efecto garantice la moralidad de la acción se requiere el cumplimiento de, al menos, estas condiciones, expuestas de modo sencillo:

1. La acción que se realiza por parte del médico debe ser claramente buena o al menos neutra (no digna de valoración moral).
 2. La intención de quien realiza la acción ha de ser correcta, en el sentido de que aquello que es buscado por el agente al obrar sea el efecto positivo.
 3. Cuando se toma la decisión de actuar ha de existir al menos una proporción equilibrada entre los dos efectos posibles, el bueno buscado intencionadamente y el malo probable.
3. EL EFECTO BUENO QUE SE BUSCA NUNCA HA DE SER CAUSADO POR UN EFECTO CLARAMENTE NEGATIVO O REPROBABLE

Es clara, pues, la relevancia de la intención del médico a la hora de valorar desde un punto de vista ético su comportamiento en las situaciones finales por las que atraviesan los enfermos¹⁰. Ante un paciente terminal, lo que el médico haga o deje de hacer con intención de proporcionar el mejor cuidado paliativo, permitiendo la llegada natural de la muerte, ha de ser considerado moralmente aceptable, por no decir que forma parte de la obligación ética del profesional de la salud. Por tanto, no existen objeciones morales –ni siquiera legales– a que un médico emplee dosis proporcionadas de analgésicos cuando esté tratando el dolor de un enfermo terminal, aunque ello (según el principio del doble efecto) implique de modo indirecto que el proceso de morir será más breve. Téngase presente que aquello buscado no es provocar la muerte, sino «paliar» los sufrimientos que atraviesan los agonizantes en sus últimas horas de vida¹¹. Así pues, cuando se realiza alguna acción (o se decide una omisión) con la intención directa de acelerar o producir la muerte del enfermo, entonces no estamos ya bajo el principio del doble efecto, sino, propiamente, bajo una acción clasificable como *eutanasia*, no del todo respetuosa (según la deontología médica más extendida) con la vida y la muerte del paciente.

4. LA OBSTINACIÓN TERAPÉUTICA O LOS LÍMITES DE LA MEDICINA

El concepto de «obstinación terapéutica» incluye el conjunto de prácticas que los médicos aplican a los pacientes con la intención de curar o diagnosticar, pero

¹⁰ BYRNE, P., «Doble efecto», en: CANTO-SPONBERG, M. (dir.), *Diccionario de Ética y Filosofía Moral*, Méjico, F.C.E., 2001; CASTILLO, C., *Ética médica ante el enfermo grave*, Barcelona, JIMS, 1986, pp. 83-85.

¹¹ BONETE, E., *¿Libres para morir? En torno a la Tánato-ética*, Bilbao, Desclée de Brouwer, 2004 (cap. III).

que en realidad no les beneficia, sino que al contrario, generan dolores y sufrimientos innecesarios. Las razones por las cuales muchos médicos se inclinan por estos esfuerzos terapéuticos escasamente beneficiosos para los enfermos cabe encontrarlas, principalmente, en una carencia de competencia profesional, miedo a ser acusado de negligencia y, también, por la persecución de fines médicos que se desvían de la deontología, como, por ejemplo, intereses económicos, sociales, políticos, o asépticamente científicos, que olvidan el auténtico fin de la medicina: buscar la salud y el cuidado de los enfermos.

No cabe duda de que la obstinación terapéutica (o el mal llamado «ensañamiento» y «encarnizamiento» terapéuticos) constituye una flagrante violación de la ética médica cuya razón de ser es la atención personalizada al paciente buscando siempre evitarle dolores o sufrimientos inútiles. El límite ético de la medicina encuentra aquí, en el respeto al principio de *beneficencia* y de *no maleficencia*¹², su referencia más clara, pues nunca se ha de hacer daño al paciente, alargando la agonía, y siempre buscar su mayor bienestar a través de medios proporcionados a su enfermedad o situación particular. Por tanto, una cuestión clave será la de saber cuáles son exactamente los medios terapéuticos proporcionados y ordinarios o desproporcionados y extraordinarios. Los profesionales de la medicina son quienes tendrán que ofrecer criterios prudenciales sobre el particular.

Sin embargo, aunque el debate no está cerrado, podría afirmarse que entre los medios terapéuticos ordinarios cabe incluir: la correcta alimentación e hidratación (en ambos casos, incluso por vías artificiales si se hace necesario), la higiene, la calefacción/climatización, la prevención de las complicaciones vinculadas al hecho de estar en cama, la intervención específica de rehabilitación que pudiera proceder, la monitorización de los signos clínicos de eventual recuperación, otros cuidados paliativos, etc. Por otro lado, los medios terapéuticos que, aun siendo extraordinarios, pueden considerarse proporcionados al caso, se han de valorar bien, analizando el grado de dificultad y de riesgo que comportan, los gastos que ocasionan, y las posibilidades de éxito en la aplicación, conociendo con rigor las condiciones particulares en las que se encuentra el paciente.

En este marco de rechazo ético a la obstinación terapéutica se ha de entender igualmente el derecho de los pacientes, en base al principio de autonomía moral¹³, a renunciar de modo responsable a los tratamientos considerados desproporcionados o con escasas posibilidades de éxito. Aquellas personas que sufran una enfermedad grave, de difícil curación, con alta probabilidad de ser irreversible, y que sean conscientes de su real situación gracias a una transparente información ofrecida por los médicos, podrán decidir en diálogo con el personal sanitario si se

¹² GRACIA, D., *Primum non nocere. El principio de no-maleficencia como fundamento de la ética médica*, Madrid, Real Academia Nacional de Medicina, 1990; GRACIA, D., *Como arqueros al blanco. Estudios de bioética*, Madrid, Triacastela, 2004 (cap. 9).

¹³ BEAUCHAMP, T. L.; CHILDRESS, J. F. *Principles of Biomedical Ethics*, New York, ed. Oxford University Press, 1989.

someten o no a los tratamientos que en su caso sean pertinentes, en función de su proporcionalidad o desproporcionalidad. La actitud de rechazar tratamientos de dudoso éxito y desencadenantes de posibles complicaciones con pérdida relevante de calidad de vida o bienestar para el paciente debe ser respetada por los médicos y no se ha de considerar una propuesta de suicidio asistido ni, por supuesto, solicitud de la eutanasia. Más bien nos hallamos ante un criterio ético del ejercicio profesional que la medicina ha integrado en su deontología y práctica correcta, que implica un respeto no sólo a la vida del enfermo, sino también a su proceso natural de morir.

La *Carta de los Derechos y Deberes del Paciente* aprobada por el Instituto Nacional de Salud en 1984 hace expresa mención, en el artículo 5, al derecho que le ampara al paciente de renunciar o decidir entre diversas intervenciones médicas, aunque especifica también cuáles pueden ser las excepciones a este criterio moral:

El paciente tiene derecho a la libre determinación entre las opciones que le presente el responsable médico de su caso, siendo preciso su consentimiento expreso a cualquier actuación excepto en los siguientes casos:

Cuando la urgencia no permita demoras.

Cuando el no seguir tratamiento suponga un riesgo para la salud pública.

Cuando exista imperativo legal.

Cuando no esté capacitado para tomar decisiones, en cuyo caso el derecho corresponderá a sus familiares o personas legalmente responsables.

Conectado con el problema del ensañamiento terapéutico se ha planteado también el debate ético en torno a la conveniencia o no de mantener con vida a aquellos enfermos que padecen un «estado vegetativo» a causa de una obstinación profesional, prácticas en medicina crítica o por otros motivos. Lo primero que se ha de señalar es que se suele distinguir entre estado vegetativo «persistente» y «permanente». Este último se refiere a aquel enfermo que ha superado el año de permanencia en estado vegetativo. Cuando el paciente sólo lleva varios meses en tal estado (siempre menos de un año) y cabe alguna posibilidad de reanimación, entonces nos hallamos ante el estado vegetativo persistente. Por tanto, no se trata de diagnósticos diferentes, sino sólo de previsión estadística de futuro: cuanto más duradero sea el estado vegetativo, más difícil será salir del mismo, por lo que puede calificarse entonces de «permanente». En ambos casos, la persona afectada no ofrece ningún signo de consciencia de sí o del contexto externo que le rodea, no responde a estímulo alguno, ni se muestra capaz de comunicarse con otras personas. No obstante, algunos enfermos han sido capaces de salir de esta situación con programas eficaces de rehabilitación (o quizá se había producido algún error en el diagnóstico), aunque en la mayoría de los casos permanecen en el estado vegetativo durante años o décadas, incluso sin necesitar soportes técnicos para mantenerles en vida. De todos modos, cabe afirmar que la ciencia médica en la actualidad no puede predecir con total certeza qué tipo de pacientes en tales estados no podrán recuperarse.

Y el problema más grave (como ya planteó la Asociación Médica Mundial en su «Declaración sobre el estado vegetativo persistente» de 1989) es cómo afrontar estas situaciones tan emocionalmente dolorosas, costosas e indeseadas por la medicina. Cuando un médico determina que una persona tiene escasas probabilidades de recuperar el conocimiento, está apuntando a la necesaria deliberación de si se ha de mantener su vida o interrumpirla. Si bien en algunos casos pueden ser los familiares los que planteen el problema, en verdad hasta que no haya un pronunciamiento médico riguroso sobre el pronóstico no se entra propiamente en el problema ético.

Teniendo esto presente, se ha planteado por parte de agentes de comunicación, juristas, médicos, filósofos y teólogos si no estaremos ante un encarnizamiento terapéutico al seguir manteniendo con vida a los enfermos en estado vegetativo permanente, dada la escasa o nula «calidad» de su existencia. Ante estas dudas suscitadas en diversos debates mediáticos se pueden proponer una serie de criterios morales que han de seguir, por solidaridad y respeto a los pacientes¹⁴, las instituciones sanitarias, el personal médico, la sociedad y las familias (necesitadas siempre de apoyo para realizar la difícil misión de «cuidar» a tales enfermos). Con tales criterios se procura equilibrar tanto el respeto a la vida como a la muerte natural, dado que el valor intrínseco y la dignidad personal de todo ser humano no cambian, cualesquiera que sean las circunstancias concretas de su existencia:

- Un hombre, aunque esté gravemente enfermo o se halle impedido en el ejercicio de sus funciones más elevadas, es y será siempre un hombre; jamás se convertirá en un «vegetal» o en un «animal».
- El enfermo en estado vegetativo, en espera de su recuperación o de su fin natural, tiene derecho a una asistencia sanitaria básica (alimentación, hidratación, higiene, calefacción, etc.), y a la prevención de las complicaciones vinculadas al hecho de estar en cama.
- El enfermo en estado vegetativo tiene derecho también a una intervención específica de rehabilitación y a la monitorización de los signos clínicos de eventual recuperación.
- La administración de agua y alimento, aunque se lleve a cabo por vías artificiales, representa siempre un medio natural de conservación de la vida, no un acto médico. Por tanto, su uso se debe considerar, en principio, ordinario y proporcionado, y como tal moralmente obligatorio, en la medida y hasta que demuestre alcanzar su finalidad propia, que en este caso consiste en proporcionar alimento al paciente y alivio a sus sufrimientos.

¹⁴ JUAN PABLO II, «Discurso a los participantes en el Congreso Internacional sobre *Tratamientos de mantenimiento vital y estado vegetativo*» (20-3-2004): *L'Observatore Romano* (Roma), edición española, viernes 26 de marzo de 2004, p. 9.

- La valoración de las probabilidades, fundada en las escasas esperanzas de recuperación cuando el estado vegetativo se prolonga más de un año, no puede justificar éticamente el abandono o la interrupción de los cuidados mínimos al paciente, incluidas la alimentación y la hidratación. En efecto, el único resultado posible de su suspensión es la muerte por hambre y sed. En este sentido, si se efectúa consciente y deliberadamente, termina siendo una verdadera eutanasia por omisión.
- Se ha de aceptar el principio moral según el cual incluso la simple duda de estar en presencia de una persona viva implica ya la obligación de su pleno respeto y de la abstención de cualquier acción orientada a anticipar su muerte.

En el trasfondo de estas pautas morales se podría decir que subyace la tesis de que la vida humana nunca puede ser sometida a criterios de «calidad», más propios de un enfoque economicista o sociologista, que propiamente ético. Evaluar la vida de las personas en función de «costes» o «beneficios» pretendidamente cualitativos, implica reducir el bien de la vida humana que se ha de proteger a criterios productivos y utilitaristas extraños al principio de la dignidad de la persona, de inspiración cristiana y kantiana. Considero que si se acepta el criterio de la «calidad» para valorar qué vidas merece la pena que sean vividas y cuáles no, estaremos recorriendo el camino que nos conduce a la perdición, pues acabará siendo un principio eugenésico el que amparará discriminaciones sociales y sanitarias de todo tipo.

Y por último, conviene señalar que es incorrecto argumentar que al mantener con vida tales enfermos en estado vegetativo permanente estamos cayendo en la obstinación terapéutica o encarnizamiento. Es evidente que no se produce dolor o sufrimiento al enfermo mientras se le mantiene vivo y es cuidado; más bien (según reflejan no pocos estudios serios sobre las reacciones en el nivel del sistema nervioso que se percibe en tales sujetos) sucede lo contrario: si les dejamos de alimentar y de hidratar, entonces es cuando en verdad podemos estar ocasionando sufrimientos a estos pacientes al dejarles morir de hambre y de sed. Y con todo ello, se estaría violando el célebre principio deontológico según el cual la medicina «ha de curar, si es posible, pero prestar asistencia siempre» (*to cure if possible, always to care*).

5. EL SUICIDIO ASISTIDO Y LA EUTANASIA O LOS LÍMITES DE LA AUTONOMÍA

En mi libro *¿Libres para morir? En torno a la Tánato-ética* ofrezco definiciones clarificadoras de lo que ha de entenderse por suicidio asistido y eutanasia en un contexto médico. A ellas me he de remitir para después señalar cuál ha sido el pronunciamiento del Consejo de Europa sobre este capital problema y criticar, desde

un punto de vista ético, la legislación de Holanda¹⁵. A este país mira toda Europa con la intención de elaborar futuras leyes que puedan amparar ambos comportamientos (suicidio asistido y eutanasia), reprobados hasta muy recientemente por la profesión médica, pues implican acabar con la vida de un paciente, objetivo no contemplado por la deontología médica durante siglos. Intentaré mostrar que la legislación holandesa no sólo contradice recomendaciones del Consejo de Europa, sino que difícilmente puede considerarse el mejor modo de respetar la vida y la muerte de los enfermos terminales.

¿Cuándo estamos ante un suicidio asistido? Cuando el personal sanitario contribuye con sus conocimientos a que el enfermo terminal o quien padece insoportables dolores físicos y sufrimientos psíquicos, que ha decidido poner fin a su propia vida, lleve a término su voluntad de suicidarse a fin de evitar los últimos tramos de la enfermedad. Aquí se produce una ayuda indirecta por parte del médico al facilitar al paciente los medios farmacéuticos o técnicos para que sea el propio enfermo quien ponga fin a su existencia si personalmente lo decide. Algo muy distinto acontece con la eutanasia en sentido estricto. ¿Qué es, en rigor, la eutanasia? Así la definí en el libro al que me he referido:

La acción directa de un agente (médico, personal sanitario, principalmente) que, tras la reiterada petición de muerte indolora por parte de un paciente en posesión de sus facultades mentales y que está sufriendo una enfermedad incurable, dolorosa y terminal, busca poner fin a su vida con procedimientos letales¹⁶.

Según esta definición, nos hallamos ante la considerada eutanasia voluntaria (solicitada por el paciente), activa (el personal sanitario es el agente principal que realiza determinadas acciones u omisiones) y directa (con la intención explícita de acabar con la vida del sufriente y de este modo con todos sus dolores). Teniendo en cuenta esta clarificación conceptual podremos entender mejor el núcleo ético de estos comportamientos médicos que, a juicio de gran parte de la medicina actual (según los documentos deontológicos que aduciré), impiden el auténtico respeto a la vida y a la muerte de la persona que se halla en situación límite.

De modo taxativo en contra de la eutanasia se pronunció la *Asociación Médica Mundial* en un influyente comunicado adoptado en Madrid en octubre de 1987. Abogaba por el respeto al proceso natural de morir y reprobaba la acción intencionada de acabar con la vida del agonizante. He aquí, en su integridad, la breve declaración:

¹⁵ JANSSENS, R.; CLAESENS, P. y REEUZEL, R., «The ethics of decision-making when suffering has become refractory. The case of Belgium and the Netherlands», en: VV.AA., *Actas del VIII Congreso de la Asociación Europea de Cuidados Paliativos*, La Haya (Holanda), 2003; JOHENSEN, H. y KEOWN, J. «Voluntary euthanasia under control? Further empirical evidence from the Netherlands», *Journal of Medical Ethics*, 25 (1999), pp. 16-21; KEOWN, J., *Euthanasia examined*, Cambridge, ed. Cambridge University Press, 1995.

¹⁶ BONETE, E., *¿Libres para morir? En torno a la Tánato-ética*, Bilbao, Desclee de Brouwer, 2004, p. 157.

La eutanasia, es decir, el acto deliberado de poner fin a la vida de un paciente, aunque sea por voluntad propia o a petición de sus familiares, es contraria a la ética. Ello no impide al médico que el proceso natural de la muerte siga su curso en la fase terminal de su enfermedad.

Si se debate sobre una legislación que regule el suicidio asistido y la eutanasia, de lo que en verdad se trata es de respaldar jurídicamente este tipo de comportamientos médicos bajo concretas circunstancias, amparando prácticas profesionales hasta ahora no contempladas por la más extendida ética médica desde sus orígenes hipocráticos¹⁷. De todos modos, lo que aquí me interesa no son los aspectos especialmente jurídicos de la propuesta europea o la legislación holandesa¹⁸, sino, sobre todo, los criterios morales implícitos y explícitos en los textos para manifestar que la legislación más avanzada de Europa no constituye un buen procedimiento de respeto a la vida y a la muerte. Será, principalmente, el fomento y generalización de los cuidados paliativos, aquella actividad médica que puede convertirse en la mejor garantía de que la medicina en verdad protege y dignifica a la persona más vulnerable que con aguda debilidad se encamina hacia el final de sus días. Pero conviene saber lo que el Consejo de Europa proclamó sobre la eutanasia en 1999, un año antes de que en Holanda entrase en vigor la Ley en la que se regula de qué modo el médico puede, por paradójico que parezca y en contra del Consejo de Europa, «terminar con la vida del paciente o ayudarlo a suicidarse». La recomendación europea, tras abogar con coherencia y determinación por *la generalización de los cuidados paliativos, afirma lo siguiente en contra de la aplicación de la eutanasia*:

Respaldando la prohibición de poner fin a la vida intencionadamente de los enfermos terminales o las personas moribundas, al tiempo que se adoptan las medidas necesarias para:

Reconocer que el derecho a la vida, especialmente en relación con los enfermos terminales o las personas moribundas, es garantizado por los Estados miembros, de acuerdo con el artículo 2 de la Convención Europea de Derechos Humanos, según la cual «nadie será privado de su vida intencionadamente...».

Reconocer que el deseo de morir no genera el derecho a morir a manos de un tercero.

Reconocer que el deseo de morir de un enfermo terminal o una persona moribunda no puede, por sí mismo, constituir una justificación legal para acciones dirigidas a poner fin a su vida.

Pero si este pronunciamiento del Consejo de Europa es claramente anti-eutanasia, la legislación holandesa, por su parte, recoge una serie de circunstancias que

¹⁷ LAÍN ENTRALGO, P., *La medicina hipocrática*, Madrid, Alianza Universidad, 1987; VEATCH, R. M., *Medical Ethics*, Boston, ed. Jones and Bartlett Publishers, 1997.

¹⁸ MÉNDEZ, V., *Sobre morir. Eutanasia, derecho, razones*, Madrid, Trotta, 2002; NÚÑEZ, M. A., *La buena muerte. El derecho a morir con dignidad*, Madrid, Tecnos, 2006.

pueden amparar que el médico atienda la solicitud de un paciente de que se ponga fin a su vida, de modo directo, o que se le asista para que pueda suicidarse. Ésta es la denominación exacta que la reciente ley ha recibido en Holanda: «Ley de la Terminación de la Vida a Petición Propia y del Auxilio al Suicidio». Fue promulgada por el Ministerio de Justicia, el Ministerio de Sanidad, Bienestar y Deporte, y el Senado en el 2000, un año después –y esto es significativo– a lo recomendado en contra de la eutanasia por parte del Consejo de Europa. Los requisitos que justifican la intervención del médico en contra del respeto de la vida y de la muerte del paciente son denominados, paradójicamente, «requisitos de cuidado y esmero profesional». Estos implican, según el artículo 2 de la ley, que el médico:

- a) ha llegado al convencimiento de que la petición del paciente es voluntaria y bien meditada,
- b) ha llegado al convencimiento de que el padecimiento del paciente es insostenible y sin esperanzas de mejora,
- c) ha informado al paciente de la situación en que se encuentra y de sus perspectivas de futuro,
- d) ha llegado al convencimiento junto con el paciente de que no existe ninguna otra solución razonable para la situación en la que se encuentra este último,
- e) ha consultado, por lo menos, con un médico independiente que ha visto al paciente y que ha emitido su dictamen por escrito sobre el cumplimiento de los requisitos de cuidado a los que se refiere los apartados a. al d. y
- f) ha llevado a cabo la terminación de la vida o el auxilio al suicidio con el máximo cuidado y esmero profesional posibles.

A lo cual añade la ley holandesa una serie de consideraciones para orientar el comportamiento médico ante un menor de edad, lo que sitúa al profesional sanitario en un contexto de decisión realmente complejo que genera ya ciertas dudas respecto de lo que hasta el año 2000 constituía un criterio deontológico firmemente establecido en esta profesión: al médico le corresponde «curar» y «cuidar» a los enfermos, más no «matar». A partir de la legislación holandesa, en Europa el respeto a la vida y al proceso natural de morir pasa a un segundo plano, amparándose sobre todo el *principio de autonomía del paciente*, entendido en términos absolutos, por cuanto los médicos a él han de someterse, incluso cuando es proclamado por un menor de edad, al que ya se considera maduro para condicionar la decisión médica. Extrañamente se excluye la posibilidad de pensar que las situaciones límite no constituyen en verdad el mejor contexto para reivindicar una autonomía soberana, y menos todavía en individuos cuya psicología está en proceso de desarrollo y maduración. Leyendo la ley de Holanda podemos percatarnos hasta qué punto se llega a amparar socialmente comportamientos que difícilmente garantizan el respeto a la vida humana y al proceso natural de morir¹⁹. Indirectamente, promueve un ejercicio profesional que ya no confía en que la reducción

¹⁹ RECUERO, J. R., *La eutanasia en la encrucijada*, Biblioteca Nueva, Madrid, 2004, cap. V.

de dolores y sufrimientos, así como la extensión y perfección de los cuidados paliativos, podría reducir –e incluso eliminar– los deseos de morir que algunos pacientes, en fases depresivas de la enfermedad, llegan a solicitar, como manifestación de una situación especialmente angustiada y psicológicamente vulnerable. Este tipo de legislaciones, en vez de promover el respeto absoluto a la dignidad del *muriente* buscando todas las medidas posibles para paliar sus dolores y angustias, promueven que el médico se convierta poco a poco en un impulsor indirecto –o directo– de la muerte y el suicidio como remedio de todos los males que nos advienen al final de la existencia.

Convendría que la ciudadanía de nuestro país conociera con mayor detalle el contenido de esta ley holandesa y valorase si constituye una salvaguarda del respeto al sujeto *muriente*, o más bien una puerta por la que el desasosiego que nos produce a los humanos la muerte acaba impulsando comportamientos médicos y familiares carentes de toda sensibilidad ética, lindantes al «homicidio por compasión»²⁰, cuyo punto de partida no es otro que el supuesto de que existen vidas que no merecen ser vividas (lo sepa el enfermo o no) y que han de ser eliminadas, ya sea a petición del paciente, de los familiares o desde el punto de vista del médico. Dicho supuesto tendría que ser superado hoy gracias a una mayor finura moral, respeto a la vida y, por supuesto, a un mayor respeto al proceso natural de morir, evitando al paciente sufrimientos y dolores innecesarios, pero nunca acabando con su vida o contribuyendo a su suicidio, por mucho que lo solicite él o su familia. Los médicos han de velar por la curación, cuidado y alivio de la persona que sufre, mas no por su eliminación.

No puedo entrar en la situación legislativa y en los diversos debates que se han producido recientemente en otros países europeos (Francia, Bélgica, Suiza). Sólo mencionaré brevemente cómo está la situación en España. Si bien en nuestro país se sanciona *la inducción* al suicidio y *la cooperación con actos necesarios al suicidio* de una persona con prisión de dos a cinco años, que puede aumentar de seis a diez si se ejecuta la muerte –según especifica el artículo 143 del Código Penal de 1995–, sin embargo, cuando se producen tales comportamientos en el marco de *un suicidio asistido eutanásico*, la pena es muy inferior, hasta el punto de que prácticamente puede obviarse la cárcel. Así lo dispone el apartado 4 del mencionado artículo:

El que causare o cooperare activamente con actos necesarios y directos a la muerte de otro, por la petición expresa, sería 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.

²⁰ BONETE, E., *¿Libres para morir? En torno a la Tánato-ética*, Bilbao, Desclée de Brouwer, 2004, pp. 160-163.

Es bien sabido que en el Senado se constituyó una Comisión con el objetivo de estudiar la viabilidad de una despenalización de la eutanasia. A comienzos del 2000 concluyeron todos los trabajos sin llegar a ninguna conclusión definitiva. Y *la Proposición de Ley Orgánica de Disponibilidad de la Propia Vida* que fue presentada por el Grupo Parlamentario de Izquierda Verde-Izquierda Unida-Iniciativa per Catalunya Verds, fue rechazada por el Congreso de los Diputados el 23 de abril de 2004. Se proponía modificar el artículo del Código Penal al que antes me he referido con un párrafo muy indicativo de la mentalidad eutanásica que estos partidos de izquierda defienden y que procuran impulsar suscitando debates, no sólo en el Congreso de los Diputados, sino también en los medios de comunicación. El párrafo propuesto era el siguiente:

Quedará exento de pena quien, mediante actos necesarios o de cooperación activa, permitiere, propiciare o facilitare la muerte digna sin dolor de otra persona, a petición expresa, libre e inequívoca de ésta, en caso de que sufriera una enfermedad grave que hubiera conducido necesariamente a su muerte o produjera graves padecimientos permanentes y difíciles de soportar, o que, siendo permanente, le incapacitara de manera generalizada para valerse por sí misma.

El párrafo no tiene desperdicio. No sólo se elimina cualquier penalización a la ayuda al suicidio o a la eutanasia, sino que, incluso, en la última frase, señala que si la enfermedad es permanente (no terminal) y no posibilita a una persona valerse por sí misma (muchos «discapacitados» estarían aquí incluidos), entonces queda despenalizado el terminar con su vida, siempre y cuando sea solicitado por aquella. Es decir, no estaríamos ante una eutanasia que pretende aplicarse cuando la muerte ya es cercana e inminente, sino ante una eutanasia o suicidio asistido solicitados por quienes no pueden valerse por sí mismos. Evidentemente, este tipo de propuestas más que fomentar la autonomía de los pacientes, lo que origina es una pérdida social del respeto a la vida frágil, dependiente, y acaba fomentando una insensibilidad moral ante el sufriente o inválido, más que una garantía del desarrollo de sus derechos. Por fortuna, los médicos en España, por lo general, se muestran reacios a todo tipo de regulación de la eutanasia, tanto por razones de principio como por previsión de consecuencias negativas. Veamos algunos documentos al respecto.

Por ejemplo, en la *Declaración de la Comisión Central de Deontología de la Organización Médica Colegial Española sobre la eutanasia* aprobada por la Asamblea General el 21 de junio de 1986 y revisada el 16 de diciembre de 1991 podemos encontrar un párrafo muy esclarecedor de la posición de numerosos médicos ante este debatido problema moral:

...el médico traicionaría su vocación de sanador y protector de la vida humana si acabara con un enfermo o colaborara a su suicidio voluntario. Nunca puede el médico provocar deliberadamente la muerte... Aunque alguna Ley lo permitiera, jamás el médico podrá usar el poder y las prerrogativas que la sociedad le ha concedido para ejecutar una pena capital ordenada por un tribunal de justicia o

para suprimir la vida de un enfermo, aunque se lo solicitara él, o su familia o un comité de cuidados hospitalarios.

Y esta misma organización Médica Colegial Española recoge en distintos documentos el vigente *Código de Ética y Deontología Médica* que, en su artículo 28.1 asevera que

el médico nunca provocará intencionadamente la muerte de un paciente ni por propia decisión, ni cuando el enfermo o sus allegados lo soliciten, ni por ninguna otra exigencia. La eutanasia u «homicidio por compasión» es contraria a la ética médica.

Por su parte, la Sociedad Española de Cuidados Paliativos en su minuciosa y bien elaborada «Declaración sobre la eutanasia», tras mostrar el contexto social de este debate moral y con la intención de deslindar aquel término de todos sus afines que contribuyen a una perenne confusión, especifica que el sentido etimológico de «buena muerte» prácticamente ha dejado de tener uso social en nuestro contexto político. Así entiende la eutanasia este organismo médico:

la conducta (acción u omisión) intencionalmente dirigida a terminar con la vida de una persona que tiene una enfermedad grave e irreversible, por razones compasivas y en un contexto médico. Cuando se habla de una ley de eutanasia se está hablando de una legislación según la cual no existiría impedimento legal, bajo determinadas condiciones, para esta práctica dentro del ejercicio de la medicina, en contra de lo que ha sido su ética tradicional.

Me interesa resaltar, por la gravedad de este debate que de vez en cuando aflora en Europa, los diversos argumentos éticos (de carácter prudencial y consecuencialista) que la *Sociedad Española de Cuidados Paliativos* expone ponderadamente para oponerse a la legislación de esta práctica, escasamente respetuosa con la dignidad de la persona *muriante*. Dicho de modo resumido, éstos serían los principales:

1. *Riesgo para los más débiles*: difundiría un mensaje social –de modo indirecto pero sutilmente coactivo– a los pacientes graves e incapacitados según el cual han de solicitar un final más rápido para sus vidas, dado que sería mucho más evidente que están siendo una carga para la familia y la sociedad. Justamente los pacientes en situación vulnerable serían los que se sentirían más coaccionados para solicitar la eutanasia, produciéndose un fenómeno social perverso: en vez de promover la autonomía de los enfermos originaría una sutil coacción y presión colectiva.
2. *Debilitamiento de la confianza en el sistema sanitario*: la práctica clínica ha de ajustarse a la equidad y al reconocimiento de la autonomía de los pacientes, en equilibrio con los recursos sanitarios limitados, lo cual implica que una legislación permisiva de la eutanasia originaría la sospecha de que hay razones económicas para que las instituciones sanitarias promovieran tales prácticas.

3. *Retroceso en la investigación e inversión en los cuidados paliativos*: cabe suponer que una legislación que favoreciese la aplicación de la eutanasia frenaría el desarrollo de la investigación y de la asistencia paliativa y el abandono de aquellos pacientes sin curación que requieren de atención y recursos humanos especiales. Legalizar la eutanasia en una sociedad como la española en la que las carencias en la implantación de los cuidados paliativos son considerables resulta una estrategia hartamente equivocada, pues el objetivo prioritario de la medicina es la atención a los enfermos y no promover su eliminación.
4. *Pendiente resbaladiza*: una vez que se legalice la eutanasia de carácter voluntario, los médicos y familiares poco a poco tenderán a deslizarse hacia la aplicación en aquellos casos en los que ya no son capaces los enfermos de manifestar su voluntad. Parece ser, según diversos estudios, que en Holanda ya se ha producido esta pendiente resbaladiza: aumentan los casos de eutanasia no solicitada, lo que nos alerta de las graves consecuencias sociales de su legalización²¹.

Por tanto, y para concluir estas reflexiones éticas, se ha de resaltar que en el contexto europeo nos hallamos en una situación social un tanto paradójica: por un lado, los documentos deontológicos de los médicos reprobaban la eutanasia, al igual que las recomendaciones del Consejo de Europa, y por otro lado existe una legislación en Holanda (y Bélgica) que facilita en determinadas condiciones la aplicación de la eutanasia y de la ayuda médica al suicidio, sin tener presente aquellos documentos que consideran un atentado a la ética médica la aprobación de tales prácticas.

El núcleo ético-filosófico que se está suscitando en Europa sobre este particular, a mi juicio, radica en el conflicto entre una concepción «soberanista» del principio de la autonomía, según la cual se ha de respetar siempre la voluntad de morir que manifieste un paciente, aunque sea menor de edad –lo que implica que alguien ha de realizar la acción de «matar»–, y una concepción «ontologista» del principio de la dignidad de la persona, que defiende la necesidad de combatir con todos los medios técnicos y humanos al alcance de la medicina aquellos dolores y sufrimientos que originan en el paciente sensación de indignidad y deseos de que alguien acabe con su existencia. Es este principio el que garantiza mejor el respeto tanto de la vida como del proceso natural de morir. Así pues, «sin matar directamente y sin acelerar de modo intencionado la muerte, se procura respetar al máximo la dignidad de la persona vulnerable que está en situación terminal».

²¹ ELIZARI, F. J., «El argumento de la pendiente resbaladiza», *Moralia* 24, 2001, pp. 469-490; KEOWN, J., *Euthanasia, Ethics and public policy, an argument against legalisation*, Cambridge, Cambridge University Press, 2002; LAMB, D., *Down the slippery slope. Arguing in applied ethics*, London, Croom Helm, 1988; W. VAN DER BURG, «Slippery slopes arguments», en: CHADWICK, R. (dir.), *Encyclopedia of Applied Ethics*, San Diego, ed. Academic Press, 1998.

Según este punto de vista ético, el objetivo principal de la medicina será «curar» al paciente, y cuando ya no sea posible, ha de «cuidar» (*cuidados paliativos*), reduciendo los dolores y sufrimientos innecesarios del *muriente*. Pero nunca ha de constituir tarea de los médicos «matar» a quien se acerca ya a la muerte, aunque sea por él solicitada.

Por lo dicho, queda claro que es la *dignidad de la persona*²² aquel principio ético que ha de inspirar el comportamiento profesional de los médicos, no el afán de respetar la autonomía del paciente que en la mayoría de los casos se encuentra sometido a presión especial por las características concretas de la enfermedad. Con el respeto a la dignidad de la persona (que por ser «realidad ontológica», nunca pierde un ápice de valor su existencia, sea cual sea la circunstancia en la que se halle) se está también respetando el proceso natural de morir, *criterio deontológico* que la medicina ha de asumir también, pues sólo el tratamiento analgésico y sedativo que busca reducir el dolor o la consciencia del agonizante se convierte en objetivo principal del médico cuando ya los esfuerzos terapéuticos son inútiles ante una muerte inminente.

²² TORRALBA, F., *¿Qué es la dignidad humana?*, Barcelona, Herder, 2005.