

# bioètica & debat

TRIBUNA ABIERTA DEL INSTITUT BORJA DE BIOÈTICA -Año XI- N. 39

## Hacia una posible despenalización de la eutanasia: Declaración del *Institut Borja de Bioètica* (URL)

**C**onscientes de que el debate en torno a la eutanasia ocupa un lugar preeminente en la Bioética clínica, no sólo porque se trata de una cuestión fundamental que afecta a la vida humana y a su dignidad, sino también porque ha adquirido un gran eco social,

mediático y político, el Institut Borja de Bioètica quiere ofrecer, a través de este documento, las conclusiones a las que ha llegado su *Grupo de Trabajo sobre la eutanasia*, tras un largo período de reflexión y discusión entre los diferentes miembros del grupo.

En el documento, se define en primer lugar el concepto de eutanasia y se especifican las condiciones que se requieren para poder hablar de eutanasia, con el fin de evitar confusiones. En segundo lugar se realiza una defensa del valor de la vida y de la ayuda al bien morir y, en este punto, se piden los medios necesarios para que la asistencia sociosanitaria al final de la vida sea una asistencia de calidad, es decir, que se proporcione una atención global al enfermo, en sus aspectos físicos, psíquicos, sociales, emocionales y espirituales. Aunque una atención de calidad podría reducir las peticiones de eutanasia, es probable que aún se dieran situaciones extremas y conflictivas en que se solicitara. ¿Qué debería hacerse ante estos casos? En la última parte del documento el Institut Borja de Bioètica da respuesta a esta cuestión.

### PRIMERO Definición de eutanasia

Consideramos que toda definición tiene ventajas e inconvenientes y es siempre discutible y revisable. Aún así, queremos comenzar este documento con la definición de eutanasia, a fin de determinar de qué referente conceptual partimos y dejando a un lado otras conductas erróneamente denominadas *eutanasia* y que se prestan a confusión.

Así pues, entendemos que **eutanasia es toda conducta de un médico, u otro profesional sanitario bajo su dirección, que causa de forma directa la muerte de una persona que padece una enfermedad o lesión incurable con los conocimientos médicos actuales que, por su naturaleza, le provoca un padecimiento insostenible y le causará la muerte en muy poco tiempo. Esta conducta responde a una petición expresada de forma libre y reiterada, y se lleva a cabo con la intención de liberarlo de este padecimiento, procurándole un bien y respetando su voluntad.** Así, se consideran requisitos indispensables la petición expresa  
(pasa a pág. 3)

### sumario

Hacia una posible despenalización de la eutanasia: Declaración del Institut Borja de Bioètica (URL) ....1 a 7

Editorial:  
«Terri Schiavo» ..... 2

Más allá de la noticia:  
Eutanasia y suicidio asistido:  
¿por qué sí  
o por qué no? ..... 8 a 10

Bibliografía sobre  
final de la vida: .....11 a 15

Agenda .....16

TRIBUNA ABIERTA  
DEL INSTITUT BORJA  
DE BIOÈTICA

DIRECCIÓN

Núria Terribas i Sala

MAQUETACIÓN Y EDICIÓN

M<sup>a</sup> José Abella

CONSEJO DE REDACCIÓN

Francesc Abel i Fabre  
Jordi Craven-Bartle  
Ester Busquets Alibés  
Jaume Terribas Alamego

DISEÑO GRÁFICO

Elisabet Valls i Remolí

COLABORADORES

Miembros del Grupo de  
trabajo del documento  
sobre la Eutanasia  
Joan Mir

IMPRESO EN:

Ediciones Gráficas Rey  
ISSN: 1579-4865

EDITADO POR:

INSTITUT BORJA DE BIOÈTICA,  
Fundación Privada  
c/ Santa Rosa, 39-57 3a.  
08950-Esplugues (BCN)  
Telf. 93.600.61.06  
Fax. 93.600.61.10  
www.ibbioetica.org

## Terri Schiavo

**E**l caso de Terri Schiavo del Estado de Florida (EE.UU.) es una muestra clara de la confusión existente en la vertiente ética y jurídica el Estado Vegetativo Persistente (EVP), sobre el que nuestra revista, en su número 35 (Enero 2004) hacía ya un análisis en profundidad, distinguiéndolo de otros cuadros similares pero con diferencias importantes. De las informaciones bien documentadas del caso de Terri, se desprende claramente que el diagnóstico de EVP es claro. La hipotética recuperación parcial, en el caso que se pudiese considerar *estado de mínima conciencia*, ha sido descartada. Según Joy Hirsch de la Universidad de Columbia, una autoridad en el tema, hay consenso científico respecto a que las probabilidades de que Schiavo se recupere son nulas.

Es prueba de desconocimiento del EVP manifestar que estos pacientes sienten dolor, hambre o sed, ya que estas sensaciones son atributos de la conciencia que ya no existe ni se recuperará nunca más, al no conservarse las funciones del córtex cerebral. Los períodos de vigilia y sueño e incluso las respuestas aleatorias a estímulos visuales o auditivos no corresponden a ningún propósito, ni conducta voluntaria, ni pueden argumentarse como signos de conciencia. No obstante, es comprensible que así lo quieran creer unos padres desesperados que desean fervientemente el milagro de la recuperación de su hija.

En esta situación, la cuestión a analizar es si la hidratación y la administración de nutrientes a Terri Schiavo debe considerarse como cuidado básico para el mantenimiento de una vida sólo biológica o como tratamiento médico que tiene unos límites en su aplicación. Aquí sería conveniente precisar algo más, para orientar al lector. La alimentación e hidratación artificiales en el caso de Terri Schiavo debe considerarse como un tratamiento fútil. Su retirada debe enmarcarse en el ámbito de la correcta práctica médica y **en ningún caso debería calificarse como eutanasia**. Sin embargo, es un deber ético respetar la forma de hacerlo, es decir, intentando conseguir la convivencia de los padres, con una adecuada pedagogía por parte de aquellos que, con suavidad, puedan ayudarles a aceptar que su hija debe llegar a la muerte de forma digna, liberada de tubos y drogas farmacológicas, que sólo eufemísticamente podemos llamar "alimentación", en lugar de tratamiento desproporcionado.

La disputa legal y política que se está manteniendo en torno a este caso es del todo reprobable y parece evidente que las instrucciones de retirada y posterior restauración de la sonda de alimentación que en los últimos años se han ido dando por parte de los jueces, no ayudan lo más mínimo a la aceptación de estos padres del fatal desenlace inevitable de su hija.

Es triste ver como grupos radicales, llevados por un mesianismo lleno de ignorancia y más dispuestos a condenar que no a mostrar compasión por Terri, prefieren identificarse como militantes de la "anticiencia". Resultan también penosos los intentos de obtener ventajas políticas de una tragedia, que ya hace años debiera haber terminado con la retirada del tratamiento, en un contexto de decisión médica de acuerdo con el tutor legal, su esposo. La circunstancia a la que se aferran políticos y jueces para justificar su intromisión es que Terri no había dejado por escrito su "*testamento vital*"... argumento que encuentra su justificación en la Constitución Americana que reconoce el derecho del paciente a escoger. Cuando este se encuentra incapacitado debe constar de forma clara y fehaciente que la persona hubiese preferido la muerte antes que continuar viviendo en EVP. Desde nuestra perspectiva, consideramos que esto es llevar la voluntades anticipadas al límite, pasando por encima de toda consideración de lo que significa calidad de vida y derecho a una muerte digna.

(viene de pág. 1)  
del enfermo, la existencia de un padecimiento físico o psíquico insoportable para el paciente y una situación clínica irreversible que conducirá próximamente a la muerte.

Estos requisitos nos distancian del paternalismo médico llevado hasta el momento de la muerte. A lo largo de los siglos, incluyendo el siglo XX, se prescindía con frecuencia de la voluntad del paciente y el médico responsable determinaba, junto con la familia, lo más conveniente para él, incluso en el proceso de morir. Entendemos que hoy esta conducta, por buena que fuera la intención del profesional y de la familia, es reproducible ética y jurídicamente, y atenta contra los derechos básicos de la persona.

Con esta definición excluimos el suicidio asistido, concepto que hay que diferenciar del de eutanasia. En ese caso el paciente solicita también la muerte al médico, pero la intervención de este último se limita a facilitarle los medios para que consiga su objetivo. Desde el punto de vista legal la diferencia es muy relevante y esta colaboración o ayuda al suicidio estaría penalizada de forma muy diferente. Sin embargo, en el presente documento queremos dejar al margen este concepto y centrarnos sólo en la eutanasia.

También quedarían al margen del concepto de eutanasia que proponemos, las situaciones de enfermedad que, a pesar de su carácter irreversible, no llevan asociada la proximidad de la muerte.

Y finalmente, se excluirían también aquellas conductas que pretenden evitar el encarnizamiento terapéutico y que implican no ini-

ciar o retirar al paciente un tratamiento que es desproporcionado y/o fútil. Estas actuaciones deben ser consideradas como una correcta práctica médica cuando hay un diagnóstico bien hecho y un adecuado proceso de información y decisión con el enfermo y la familia, y en ningún caso las calificaremos de eutanasia.

Rechazamos así toda terminología que adjetive la palabra eutanasia – pasiva, indirecta, etc.-, y que sólo lleva a confusión.

## **SEGUNDO** **Apuesta por la vida** **y por la ayuda** **al bien morir**

Toda reflexión sobre la eutanasia se debe enmarcar en una clara apuesta por la vida de toda persona, y por una vida humana de calidad. Esta apuesta pasa no sólo por una adecuada atención sanitaria, sino también por la exigencia de las necesarias atenciones sociales, económicas, culturales y espirituales que hacen posible una vida humana de calidad. La apuesta por la vida no ignora ni excluye la exigencia de saber asumir y afrontar sus acontecimientos más difíciles de modo responsable.

Creemos que la vida es un don que recibe la persona para vivirla responsablemente. De ahí que no podamos concebirla como un hecho que nos limita, sino como un potencial del que disponemos para ponerlo al servicio de un proyecto verdaderamente humano y humanizador.

Esta premisa nos permite reflexionar a propósito de aquellas situaciones en las que la vida ya no se percibe como un don, sino como una pesada carga. Entre estas si-

tuaciones tiene una especial relevancia aquella en que la vida se convierte en una dolorosa y agónica espera de la muerte.

En el marco de la apuesta por la vida, la reflexión sobre la eutanasia se adentra en el inexorable proceso del morir de la persona, un proceso que puede culminar en el último acto humano en la medida que se sabe afrontar con lucidez y responsabilidad. Esta lucidez y responsabilidad pueden significar una firme decisión de anticipar la muerte ante su irremediable proximidad y la pérdida extrema y significativa de calidad de vida. En estas situaciones se debe plantear la posibilidad de ayuda sanitaria para el bien morir, especialmente si ello significa apoyar una actitud madura que concierne, en definitiva, al sentido global de la vida y de la muerte.

Consideramos que la defensa de la vida es un valor ético, y debe ser jurídicamente protegido. Sin embargo, se podría admitir una excepción en el caso de la eutanasia tal y como ha sido descrita. Por tanto, debería plantearse cómo tipificar estos casos desde la perspectiva médica y/o sanitaria y cómo recogerlos en una norma jurídica.

## **TERCERO** **La asistencia socio-** **sanitaria al final de la** **vida: algunas premisas**

Antes de entrar en el tratamiento de estas dos grandes cuestiones, es decir, la ayuda sanitaria al bien morir y la creación de unas normas jurídicas sobre la eutanasia, es necesario establecer algunas premisas que consideramos indispensables.

Situaríamos en un **primer nivel** la necesidad de analizar, por parte de una sociedad que pretende tener la madurez suficiente para reflexionar y dar respuesta desde la ética y la ley a las demandas de eutanasia, los siguientes aspectos:

• **La realidad de la asistencia sanitaria que se presta a los ciudadanos que se encuentran en el tramo final de su vida.** Es una realidad palpable que en el Estado español es aún muy minoritaria la asistencia a los enfermos en fase terminal con un adecuado tratamiento del dolor y del sufrimiento (unidades de cuidados paliativos), con el apoyo técnico domiciliario que permita que la persona pueda morir en casa en un contexto de confort familiar y afectivo (Programas de Atención Domiciliaria y Equipos de Apoyo -PADES- en Cataluña), y por tanto son pocos los que pueden beneficiarse de ella. Una gran mayoría de pacientes muere en condiciones precarias, con un sufrimiento innecesario y sin un entorno adecuado. En consecuencia sería necesaria una acción firme en política sanitaria, con más inversiones en personal y en infraestructuras especializadas para mejorar y ampliar este tipo de asistencia.

• **Las condiciones sociales y económicas que acompañan con frecuencia las demandas de eutanasia.** También es una realidad en el Estado español que las personas mayores, enfermas, a veces solas, no disponen de los mínimos necesarios para considerar que su calidad de vida es aceptable y que vale la pena continuar viviendo. Pensiones muy bajas, condiciones precarias de vivienda, soledad

y falta de entorno afectivo, son elementos que muchas veces acompañan a un estado grave de salud y que llevan a manifestar deseos de morir. Sería necesario un planteamiento en el ámbito de políticas sociales que resolviera esta situación, elevando el nivel de vida de todas estas personas.

Consideramos que es una responsabilidad de todo estado social y democrático emprender este tipo de políticas sanitarias y sociales con carácter prioritario o paralelamente al planteamiento de una despenalización de la eutanasia. En este sentido los ejemplos de otros países del entorno europeo que han dado el paso de despenalizar la eutanasia no se pueden tomar como paradigma ya que sus realidades sanitarias, sociales y culturales son diferentes de la nuestra.

En un **segundo nivel** hay otras premisas que también debemos contemplar ante una demanda de eutanasia:

• **El apoyo afectivo:** En el acto humano del morir es especialmente importante el entorno afectivo del moribundo. Lo es a lo largo del transcurso de la vida humana, desde el mismo nacimiento, y especialmente en sus momentos más intensos y delicados, pero sobre todo en su final. El papel de este entorno afectivo es, pues, fundamental para ayudar a la persona a afrontar dignamente su muerte, acompañándola en la estima y el respeto de sus decisiones. La ayuda al bien morir no podrá prescindir de este entorno afectivo del paciente, por tanto su ausencia requerirá establecer, en la medida de lo posible, el entorno más ade-

cuado para que el paciente pueda tomar una decisión responsable.

• **El apoyo sanitario:** También el apoyo sanitario tiene un papel relevante en el acto humano del morir, ya sea por las aportaciones técnicas, ya sea por la presencia y el acompañamiento afectuoso del enfermo por parte del equipo terapéutico. Será necesario velar para que este apoyo sea eficaz, especialmente en lo concerniente a la información diagnóstica, las posibilidades terapéuticas reales y los medios que pueden ayudar al bien morir, incluyendo el apoyo afectivo mencionado.

#### CUARTO

#### Situaciones extremas y conflictivas

Pese a todas las premisas apuntadas, seguirá habiendo situaciones y casos concretos en que se producirán demandas de eutanasia y será preciso darles una respuesta dentro del marco de la legalidad.

#### QUINTO

#### Para una despenalización de la eutanasia en situaciones extremas y conflictivas

• **Negativa a la legalización de la eutanasia:** Nuestra reflexión sobre la eutanasia no nos lleva a pedir su legalización indiscriminadamente, sino una posible despenalización en determinados supuestos que representen una inevitable tensión conflictiva entre valores equiparables a la vida misma y que pongan en evidencia la posibilidad o la necesidad de no prolongarla innecesariamente.

• **Despenalización:** La despe-

nalización de la eutanasia, una vez llegada su concreción en la norma jurídica, debería exigir la concurrencia de unos requisitos imprescindibles, a fin de evitar abusos y vulneración de derechos de los pacientes, sin los cuales sería una acción que en una u otra medida debería ser penalizada.

Estos **REQUISITOS** serían:

### **📌 Enfermedad que conducirá próximamente a la muerte:**

Un primer parámetro que permite plantear la posibilidad de la eutanasia es la existencia de enfermedad que conducirá próximamente a la muerte. Se trata de aquellas situaciones patológicas irreversibles de las que podemos prever un desenlace fatal en un plazo razonablemente corto. Ciertamente la ciencia médica tendrá siempre mucho que decir para precisar este concepto y es por ello que los profesionales de la medicina serán siempre interlocutores válidos y necesarios de cualquier revisión de las condiciones legales que permitan despenalizar la eutanasia.

### **📌 Sufrimiento insoportable:**

Un segundo parámetro es el sufrimiento insoportable. Somos conscientes que la medida del sufrimiento tiene siempre una connotación subjetiva, a pesar de que creemos que hay elementos objetivos (p.e. el fracaso de los cuidados paliativos o su inaccesibilidad), que pueden ayudar a evaluar cuando un sufrimiento supera lo que el enfermo es capaz de soportar.

### **📌 Consentimiento explícito del enfermo:**

Un tercer parámetro sería la manifestación expresa de la voluntad del enfermo que solicita la eutanasia como

única opción digna para liberarse del sufrimiento. Se trata de garantizar que se actúa siempre conforme a la voluntad del enfermo, también cuando ya no puede expresarla explícitamente, si bien lo ha hecho con anterioridad mediante una previsión o manifestación anticipada depositada en manos de quién pueda dar razón, sea el propio centro o el profesional, familiares, personas próximas o registro legal de voluntades anticipadas.

La exigencia de este requisito excluye las situaciones en que el enfermo, eventual sujeto de eutanasia, no pueda expresar explícita ni implícitamente su voluntad, ni lo haya hecho con anterioridad. Destacaríamos, entre otras, las difíciles situaciones de pacientes con graves alteraciones del nivel de conciencia y de niños con patologías muy graves incompatibles con una mínima calidad de vida. Las decisiones sobre su tratamiento y asistencia recaerán sobre aquellos que tienen la responsabilidad o tutela legal, quienes, con el asesoramiento médico y legal adecuados, procurarán velar siempre por su máximo bienestar y garantizar una praxis conforme al espíritu y a las supuestas intenciones del enfermo.

En ninguno de estos casos se podrá aplicar una eutanasia en los términos que hemos descrito, ya que faltaría el elemento de la voluntariedad. En todos ellos, la decisión de poner fin a la vida del paciente requeriría un debate más amplio, ya que pueden converger factores de muy diversa naturaleza, y sería necesario buscar soluciones que deberían pasar por una formulación legal que permitiera el planteamiento del caso concreto, para valorar y para decidir en con-

senso con la familia, el equipo terapéutico y la autoridad judicial.

### **📌 Intervención médica en la práctica de la eutanasia:**

Entendemos que debe ser siempre un médico u otro profesional sanitario bajo su dirección quien lleve a cabo la práctica eutanásica, discerniendo los mecanismos adecuados a fin de garantizar la ausencia de dolor y sufrimiento en el enfermo. El asesoramiento sanitario, en sentido amplio e interdisciplinario, será un requisito previo a la decisión. La composición de los equipos interdisciplinarios deberá garantizar la presencia de sanitarios de todos los colectivos (médico, enfermero, psicólogo clínico, trabajador social), así como la ayuda espiritual pertinente, si así lo pide el interesado.

### **📌 Revisión ética y notificación legal:**

Toda práctica eutanásica deberá contar previamente con el visto bueno de un Comité de Ética Asistencial y, con posterioridad a su realización, deberá ser notificada a la autoridad pertinente a fin de que sea posible comprobar el cumplimiento de los requisitos exigidos y ejercer las acciones oportunas en caso contrario.

\* \* \* \* \*

**Desearíamos que este documento contribuyera a profundizar en la reflexión sobre la eutanasia, reflexión que se hace presente reiteradamente en el debate público y que requiere un enfoque multidisciplinar desde el rigor y la debida atención a todos los agentes implicados.**

## GLOSARIO

☞ **Acto humano:** es aquel acto deliberadamente voluntario, fruto de una decisión libre y responsable que expresa la escala de valores de la persona que lo realiza.

☞ **Encarnizamiento terapéutico:** es una expresión coloquial –popularizada por los medios de comunicación social–, que traduce de manera parcial, aunque expresiva, el término más académico de “distanasia”, palabra de origen griego que significa “muerte difícil o angustiada”. En el vocabulario ético se utiliza la palabra distanasia para indicar la utilización de tratamientos que no tienen más sentido que la prolongación de la vida biológica del paciente. La palabra “encarnizamiento”, creemos que no hace justicia a los médicos, ni tampoco se adapta a todos los casos de prolongación del proceso de morir, en los que el médico está implicado. Por todo ello, creemos que la expresión más adecuada es la de «obstinación terapéutica».

☞ **Despenalizar:** dar a una determinada conducta, hasta aquel momento castigada por el Código Penal, la categoría de acto permitido por la ley bajo determinados condicionantes y requisitos que, si se incumplen, será igualmente castigado. Ordinariamente, la despenalización no implica el reconocimiento de un derecho exigible por parte del ciudadano aunque si ejercitable, y tampoco corresponde a una conducta normalizada socialmente sino excepcional.

☞ **Dolor y sufrimiento:** el dolor es una experiencia corporal y men-

tal que es subjetiva. A diferencia del sufrimiento se siente como una experiencia extraña a uno mismo, adventicia e inasimilable, que a veces debemos soportar. Lleva implícita una connotación de contención y elaboración del dolor. Lo que el paciente explica ha pasado por su cedazo intelectual, cultural, afectivo e imaginativo, y llega al profesional más o menos próximo a la realidad experimentada.

☞ **Legalizar:** dar a una determinada conducta, hasta aquel momento castigada por el Código Penal, la categoría de acto permitido por la ley, quedando fuera de la norma sancionadora a todos los efectos, sin condicionantes ni requisitos. La legalización implica el reconocimiento de un derecho exigible por parte del ciudadano ante los tribunales, y corresponde a una conducta normalizada socialmente.

☞ **Limitación terapéutica:** toda actuación o decisión del médico o equipo terapéutico de limitar, retirar o no iniciar una determinada medida de soporte vital, entendiéndose por tales aquellas que pretenden retrasar el momento de la muerte, esté o no dirigida a la patología de base o al proceso biológico causal (reanimación cardiopulmonar, ventilación mecánica, técnicas de circulación asistida, diálisis, marcapasos, oxigenación extracorpórea, tratamiento farmacológico con drogas vasoactivas, antibióticos, diuréticos, cistostáticos, derivados sanguíneos, nutrición enteral y parenteral e hidratación).

☞ **Enfermedad terminal:** presencia de una enfermedad incur-

ble, progresiva y avanzada, en situación de imposibilidad razonable de respuesta del paciente a un tratamiento específico, con presencia de numerosos problemas o síntomas intensos, múltiples, multifactoriales y cambiantes, con gran impacto emocional por parte del paciente, la familia y el equipo terapéutico, y con un pronóstico vital inferior a seis meses.

☞ **Medios proporcionados y desproporcionados:** para formar un juicio correcto sobre el carácter proporcionado o desproporcionado de un medio en un caso determinado, es preciso atender a diversos factores y evaluarlos conjuntamente. El juicio conclusivo depende: 1) de la razonable confianza en el éxito; 2) del nivel de calidad humana en la vida conservada (sobre todo de la conciencia y del marco de libertad eficaz); 3) del tiempo previsto de supervivencia; 4) de las molestias (del paciente, de los familiares, etc.) que acompañarán el tratamiento; 5) del coste de la intervención o terapia en una perspectiva individual, familiar o social.

☞ **Morir dignamente:** la expresión “morir dignamente” es ambigua, depende de los deseos de cada persona e incluye por tanto un importante grado de subjetividad. Sin duda, hay un conjunto de elementos médicos, psicológicos, sociales y espirituales que permiten objetivar este concepto. Morir dignamente es morir sin dolor físico ni sufrimiento psíquico innecesario, conociendo los datos relevantes sobre la propia situación clínica, con facultades para tomar decisiones o que se respeten las voluntades expresadas pre-

viamente, arropado por un entorno acogedor y con la posibilidad de estar acompañado espiritualmente, si se desea. Por tanto, morir dignamente, no puede asociarse exclusivamente a eutanasia. Se puede morir dignamente sin que se haya practicado la eutanasia, y al contrario, se puede solicitar esta práctica y no morir dignamente.

➤ **Padecimiento:** palabra que engloba dolor y sufrimiento, y que sirve para designar toda clase de sensaciones anímicas y corporales, emotivas y afectivas, provocadas por la conciencia de alguna dolencia.

➤ **Calidad de vida:** el concepto “calidad de vida” se refiere al conjunto de condiciones necesarias, tanto desde el punto de vista biofisiológico como social, que dan lugar a una vida autónoma y humana, es decir, capaz de realizar las funciones propias del ser humano. En la valoración de la calidad de vida de una persona influyen tanto factores internos como externos. La ausencia de este elemento debe ser un estímulo para que el sistema y las instituciones den respuesta a estas necesidades.

➤ **Suicidio asistido:** conducta o actuación en la que la persona misma pone fin a su vida con la ayuda de otra que coopera con acciones que no son la de causarle directamente la muerte.

➤ **Tratamiento fútil:** aquel tratamiento o acto médico cuya aplicación está desaconsejada ya que es clínicamente ineficaz, no mejora el pronóstico, los síntomas, ni las enfermedades intercurrentes del paciente, o bien porque de manera previsible producirá perjuicios personales, familiares, económicos o sociales desproporcionados al beneficio que se espera.

**Este documento ha sido trabajado y redactado por el Institut Borja de Bioètica de la Universitat Ramon Llull, en una comisió integrada por las siguientes personas:**

**DR. FRANCESC ABEL FABRE**

*Presidente del IBB. Académico numerario de la Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya.*

**PROF. ESTER BUSQUETS ALIBÈS**

*Colaboradora y responsable de Enfermería del IBB. Profesora asociada de Bioètica de la Universitat de Vic.*

**DR. JUAN A. CAMACHO DIAZ**

*Jefe de sección de Nefrología infantil y miembro del CEIC del Hospital Sant Joan de Déu (Esplugues). Colaborador del IBB.*

**DR. FCO. JOSÉ CAMBRA LASAOSA**

*Médico adjunto de cuidados intensivos pediátricos del Hospital Sant Joan de Déu (Esplugues). Colaborador del IBB.*

**PROF. XAVIER CARDONA IGUACEN**

*Profesor de la Escola Universitària d'Infermeria, Fisioteràpia i Nutrició Blanquerna (URL).*

**DRA. VICTÒRIA CUSÍ SÁNCHEZ**

*Coordinadora del Servicio de Anatomía patológica del Hospital Sant Joan de Déu (Esplugues). Colaboradora del IBB.*

**DR. ANTONI NELLO FIGA**

*Catedrático de Antropología de la Escola Universitària d'Infermeria, Fisioteràpia i Nutrició Blanquerna (URL).*

**DR. IGNASI SALVAT FERRER**

*Profesor emérito de Teología Moral de la Facultad de Teología de Catalunya.*

**PROF. NÚRIA TERRIBAS SALA**

*Jurista. Directora del Institut Borja de Bioètica y de la revista “Bioètica & debat”.*

**DR. FRANCESC TORRALBA ROSELLÓ**

*Profesor titular de la Facultad de Filosofía de la URL. Jefe Académico de la Cátedra Ramon Llull de la Fundació Blanquerna. Colaborador del IBB.*

## Eutanasia y suicidio asistido: ¿por qué sí o por qué no?

La confesión hace unas semanas de Ramona Maneiro de haber ayudado a morir al tetrapléjico Ramón Sampedro dándole un vaso de agua con cianuro, ha puesto en evidencia una vez más que la palabra «eutanasia» continua unida, a nuestro entender de forma inapropiada, a la muerte de Ramón Sampedro y, por tanto, se continúan confundiendo dos términos («eutanasia» y «suicidio asistido») que son distintos y que incluyen conceptos diferentes.

■  
*Se continúan confundiendo dos términos (“eutanasia” y “suicidio asistido”) que son distintos y que incluyen conceptos diferentes.*

Presentamos, como muestra, algunos titulares de prensa escogidos al azar de periódicos que han difundido la confesión de Ramona Maneiro y en los cuales queda patente la confusión –o al menos la ambigüedad– en el uso de los dos términos “eutanasia” y “suicidio asistido”: «La confesión de Ramona Maneiro reabre el debate de la eutanasia»; «El CGPJ dice que es un tribunal el que debe decidir si el delito de ayuda al suicidio ha prescrito»; «La mujer afirma no saber quién aconsejó el método para consumir el suicidio»; «Defensores de la eutanasia juzgan muy oportunas las declaraciones de Maneiro», etc.

Pero, aquí no se trata de hablar del significado de la palabra euta-

Ramona Maneiro, pareja de Ramón Sampedro, admite que le facilitó el cianuro con que el tetrapléjico se quitó la vida.

*El secreto de dominio público que envolvía la muerte del tetrapléjico gallego Ramón Sampedro en 1998 quedó ayer revelado. Su compañera sentimental, Ramona Maneiro, confesó que fue ella quién le ayudó a morir suministrándole el vaso con una solución de cianuro con que se quitó la vida. El delito en que podría haber incurrido ya ha prescrito.*

El Periódico de Catalunya, 11 de Febrero del 2005

Ramona Maneiro, la amiga del tetrapléjico Ramón Sampedro, admite que fue ella quien le dio el vaso con cianuro.

*Ramona Maneiro, la amiga de Ramón Sampedro que compartió con el tetrapléjico gallego sus últimos años, reconoció ayer que fue ella quien le dió el vaso con cianuro para morir.*

La Vanguardia, 11 de Enero del 2005

nasia y su diferencia conceptual con el suicidio asistido (problema semántico), sino de reflexionar sobre el problema ético de la eutanasia y del suicidio asistido en su conjunto. Y lo haremos presentando, brevemente, un resumen de los argumentos que utilizan los partidarios y los detractores de estas dos prácticas.

■  
*¿En caso de padecer una enfermedad en fase final y/o irreversible, tenemos derecho a pedir a un tercero que nos provoque deliberadamente la muerte para poner fin a nuestro sufrimiento?*

Una posible formulación del problema ético de la eutanasia y del suicidio asistido podría ser la si-

guiente: ¿En caso de padecer una enfermedad en fase final y/o irreversible, tenemos derecho a pedir a un tercero (personal sanitario o familiar) que nos provoque deliberadamente la muerte para poner fin a nuestro sufrimiento (eutanasia)?, ¿Tenemos derecho a pedir a alguien –como pidió Ramón Sampedro a Ramona Maneiro– que nos ayude a morir, que ponga a nuestro alcance los elementos necesarios para provocarnos nosotros mismos la muerte (suicidio asistido)?

■ Los que responden afirmativamente ambas preguntas fundamentan este derecho en la libertad del individuo. Y el razonamiento que normalmente se utiliza sigue este hilo argumental: Las personas, mientras no se demuestre lo contrario, somos seres autóno-

mos, somos libres de decidir sobre todo aquello que afecta a nuestra vida y nuestro destino. Las personas tenemos el derecho a escoger nuestra muerte y no sólo a padecerla y escogiendo la muerte nos hacemos plenamente responsables de nosotros mismos. En consecuencia el derecho a morir, el derecho a disponer de la propia vida, - tanto en el caso de la eutanasia como en el suicidio asistido- se deriva del derecho de las personas a la autodeterminación y, por tanto, debe formar parte de la lista de derechos humanos fundamentales.

Por otra parte, las personas somos libres para tener nuestras propias convicciones, somos libres de escoger el ideal de “vida buena” y de “buena muerte” que consideremos más pertinente. Nadie puede obligar a nadie a vivir contra su propia voluntad en nombre de intereses ajenos, intereses de Estado o de otras personas o grupos. Por tanto -se concluye- no se pueden poner impedimentos ni a quien pide ayuda para que le provoquen la muerte (eutanasia) ni a quien pide ayuda para que él mismo se pueda dar muerte (suicidio asistido).

■

*El derecho a morir,  
el derecho a disponer  
de la propia vida,  
-tanto en el caso de  
la eutanasia como en  
el suicidio asistido -  
se deriva del derecho  
de las personas a  
la autodeterminación.*

■

Esta postura que parte de la autodeterminación total de la persona humana -la propia libertad es el último criterio de referencia-,

tiene su máxima expresión en la conocida frase del filósofo J. Stuart Mill (1806-1873): «*sobre su cuerpo y su espíritu el hombre es soberano*». También, en este plato de la balanza, se podría poner el texto de F. Nietzsche (1844-1900) «*Moral para médicos*» en su libro «*Crepúsculo de los ídolos*», en el que se habla de la muerte elegida libremente y se justifica, en ciertos casos, el suicidio.

Si partimos de una perspectiva liberal, la vida de cada uno es en primer lugar de quien la vive y, por tanto, todo el mundo tiene derecho a aspirar al ideal de «vida buena» o de «buena muerte» que le parezca más conveniente mientras -como enseña el mismo J.S. Mill- el ejercicio de la propia libertad no perjudique la libertad de los demás. Por otra parte, el ideal de «vida buena» o de «buena muerte» que tiene cada cual no sólo se debe respetar sino que no lo podemos imponer a nadie, pertenece al ámbito privado e íntimo de cada persona.

■ Aquellos que son contrarios al derecho a pedir la eutanasia o el suicidio asistido se basan en diversos argumentos. El argumento principal es la afirmación de que la vida humana es inviolable y sagrada y, por tanto, se debe respetar siempre, sea cual sea su condición. Es la postura clásica de la tradición occidental sobre el respeto a la vida. Se considera que conservar la vida o no lesionar la integridad física de los demás, aunque nos lo pidan, es una obligación moral irrenunciable que nos recuerda el precepto “no matarás”. Esta obligación, se afirma, proviene tanto de la ley natural como de la ley divina. Habría pues,

como hacen notar algunos autores, dos autoridades susceptibles de garantizar la sacralidad de la vida humana: la naturaleza y Dios. Por otra parte, también se presenta el punto de vista de la ética religiosa: la mayoría de las religiones afirman el valor fundamental -pero no absoluto- y sagrado de la vida humana. La vida y la muerte, desde esta perspectiva, pertenecen sólo a Dios y, por lo tanto, no pueden dejarse al libre albedrío del hombre. Y, a partir de uno y otro argumento, se concluye que se debe respetar la vida antes que la libertad y, por tanto, hay que poner límites éticos y legales a las decisiones autónomas.

■

*Conservar la vida o  
no lesionar  
la integridad física  
de los demás,  
aunque nos lo pidan,  
es una obligación  
moral irrenunciable  
que nos recuerda  
el precepto “no matarás”.*

■

Otro argumento contrario al derecho a pedir la eutanasia o el suicidio asistido subraya que la persona humana es un ser social por naturaleza y por tanto su libertad tiene una dimensión relacional. Ignorar esta dimensión es hacer una interpretación parcial del ser humano y encaminarse hacia un concepto de libertad autárquico, es decir, creerse dueño de uno mismo y no tener que dar explicaciones a nadie. Entre las personas hay una interdependencia y esto condiciona nuestra libertad.

Sin apoyarse necesariamente en un fundamento religioso, los de-

fensores de esta postura ponen más el acento en el aspecto cuantitativo o biológico de la vida (la cantidad de vida). En cambio, los partidarios del derecho a la eutanasia o al suicidio asistido ponen énfasis sobre todo en la calidad de la vida, calidad de la que cada individuo es el único juez.

■  
*Desde el punto de vista de una ética secular –al margen de toda referencia religiosa–, no parece que haya una respuesta totalmente convincente a favor o en contra del derecho a la eutanasia o del derecho al suicidio asistido.*  
 ■

Desde el punto de vista de una ética secular –al margen de toda referencia religiosa– no parece que haya una respuesta totalmente convincente a favor o en contra del derecho a la eutanasia o del derecho al suicidio asistido. La respuesta será favorable o contraria a estas prácticas según se parta de una u otra de las dos posturas mencionadas, de la autoridad que se otorgue a sus razonamientos y, también, de la forma que cada cual entienda la vida, la enfermedad, el sufrimiento y la muerte.

Por otra parte, si aceptamos movernos dentro de los parámetros mentales de una sociedad liberal y democrática, es muy difícil encontrar argumentos decisivos para valorar qué postura tiene más peso. Ambas posturas –aunque pretenden defender lo mismo, es decir, la dignidad de la persona– aparecen como irreconciliables. El debate, en el ámbito ético, está pues abierto y frecuentemente nos da la sensación que ha llegado a un

callejón sin salida.

Si, por lo visto, en el ámbito ético no existe una salida clara, entonces el derecho o no derecho a la eutanasia o al suicidio asistido será necesario dirimirlo en el campo político-jurídico. Conviene recordar que en el ámbito público son las leyes, y no la autonomía personal y la propia idea de “buena muerte”, las que tienen la última palabra. Por tanto, el problema de la eutanasia y del suicidio asistido no es sólo un problema ético sino también un problema jurídico.

Y un último apunte. Se debe tener en cuenta que, tanto en la eutanasia como en el suicidio asistido hay implicada necesariamente otra persona a la que se pide ayuda para poder llevar a cabo aquello que se desea, la muerte. Así, tanto en la petición de eutanasia como en la de suicidio asistido, se trata de una petición que no sólo afecta a la autonomía individual (el ámbito privado) sino que, en la medida que se requiere la colaboración de alguien para poder llevar a cabo la muerte deseada, esto afecta también al ámbito público, ámbito que es regulado por el derecho. Y aquí aparece un problema ético esencial que podemos formular con una doble pregunta: ¿El personal sanitario –u alguien ajeno a estas profesiones– está legitimado éticamente para provocar la muerte de una persona o colaborar en ello, aún en el caso que esta persona tenga una enfermedad irreversible o en fase final y pida libremente, insistentemente y reiteradamente la muerte?, ¿En nombre de su libertad individual, un enfermo con una enfermedad irreversible o en fase final puede obligar a un terce-

ro – personal sanitario u otro– a practicarle la eutanasia o a hacerle colaborar en un suicidio?.

En una sociedad democrática y plural ser partidario o contrario de la eutanasia o del suicidio asistido no debería ser motivo de exclusiones o descalificaciones.

■  
*En una sociedad democrática y plural ser partidario o contrario a la eutanasia o del suicidio asistido no debería ser motivo de exclusiones o descalificaciones.*  
 ■

Por tanto, entendemos que sería un signo de madurez intelectual y de responsabilidad social que el debate sobre estos temas complejos se pudiera continuar con profundidad y serenidad, sobre todo teniendo en cuenta que, según parece, no puede afirmarse que alguien tiene la última palabra.

ESTER BUSQUETS

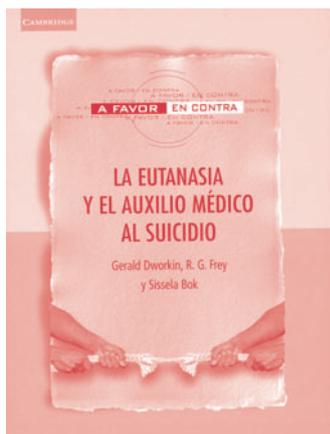
COLABORADORA Y RESPONSABLE  
 DE ENFERMERIA DEL IBB  
 PROFESORA DE BIOÉTICA  
 UNIVERSITAT DE VIC

JOAN MIR TUBAU

PROFESOR DE BIOÉTICA  
 UNIVERSITAT DE VIC  
 MÁSTER EN BIOÉTICA

## Algunos títulos recomendados sobre final de la vida

### «La eutanasia y el auxilio médico al suicidio»



Gerard DWORKIN, R.G. FREY, Sissela BOK, *La eutanasia y el auxilio médico al suicidio*, Madrid, Cambridge University Press, 2000, pp. 166.

En la ilustración de la portada del libro *La eutanasia y el auxilio médico al suicidio* vemos una cuerda tensada por sus dos extremos y a punto de romperse. Se trata de una imagen ciertamente ilustrativa del debate médico, filosófico, jurídico, social y mediático sobre las cuestiones relacionadas con el final de la vida. De un extremo de la cuerda tiran quienes están a favor de la eutanasia y del suicidio asistido y quienes están en contra de estas prácticas tiran del extremo opuesto. En este libro se recoge el conjunto de argumentos *a favor* de la eutanasia y del suicidio asistido aportados por dos destacados filósofos, G. Dworkin y R.G. Frey y los argumentos en contra de Sissela Bok, una de las eticistas

de mayor prestigio en Estados Unidos.

La dualidad en la postura ante la eutanasia y el suicidio asistido constituye la estructura de este libro, en que se identifican dos partes. En la primera Dworkin y Frey sostienen que, en algunas circunstancias muy concretas, es moralmente permisible – y debería serlo también desde un punto de vista legal – que los médicos faciliten los conocimientos y/o medios necesarios para que los pacientes puedan poner fin a su vida. Encuentran la justificación en la inexplicable asimetría existente entre el rechazo de un tratamiento y la ayuda a morir. En cambio, en la segunda parte Bok asegura que los riesgos a que se enfrentan –si se legalizan estas prácticas– son inmensos e innecesarios. Más aún, considera que estas medidas legales no son las adecuadas para afrontar las necesidades de las personas que se encuentran al final de su vida y menos si se trata de sociedades que carecen de un sistema de cobertura de Seguridad Social para sus ciudadanos.

La lectura atenta de este libro puede proporcionar al lector los elementos esenciales que le decidan a sumarse a uno de los extremos de la cuerda, es decir a adoptar una posición propia sobre cómo debemos morir.

ESTER BUSQUETS

### «Sobre morir. Eutanasias, derechos, razones»



Víctor MÉNDEZ, *Sobre morir. Eutanasias, derechos, razones*. Madrid: Trotta, 2002, pp. 110.

Víctor Méndez, profesor de Teoría y de Filosofía del derecho de la Universidad de Barcelona, sostiene en su libro que la discusión actual de la muerte está dominada por la cuestión de la eutanasia.

Una vez constatado este punto el autor quiere mostrar los problemas ligados a la evolución del proceso de morir durante el siglo XX. El “modelo tradicional” es substituido por el “modelo tecnológico”. La muerte deja de ser una *muerte natural* para pasar a ser una muerte medicalizada y mediada por la tecnología. Esta nueva manera tecnológica de morir plantea nuevos problemas tecnológicos a la sociedad y, al mismo tiempo, se acompaña de una judicialización del proceso de

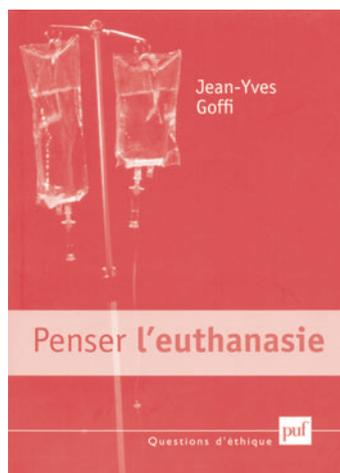
morir; debido a ello disponemos hoy de material legal que distribuye obligaciones y derechos sobre la manera tecnológica de morir. El autor considera que la tolerancia legal hacia ciertas conductas relacionadas con el proceso de morir (causar o colaborar en la muerte de un enfermo terminal) ha crecido, pero afirma también que los cambios legales son aún muy tímidos, ya que defiende un “derecho a morir con dignidad” entendido como un derecho a determinar el momento de la propia muerte: *hablar de un derecho a morir con dignidad es hablar de un derecho reconocido legalmente a los individuos para que puedan tomar por sí mismos algunas de las decisiones relativas a algunos de los asuntos que afectan a su propia muerte*. Y este derecho se justifica a partir del respeto a la autonomía de la persona, respeto que, a su parecer, debe estar garantizado por el ordenamiento jurídico.

Tras anunciar y justificar su postura liberal ante la muerte Méndez expone los argumentos contrarios al derecho a morir y hace una triple clasificación: a) *argumentos de principio*: afirman que conceder un derecho a morir es contrario a uno o varios principios fundamentales; b) *argumentos sobre la inutilidad*: dicen que la concesión del derecho a morir es o innecesaria o imposible, o que no soluciona el problema que se quiere solucionar; y c) *argumentos sobre las consecuencias*: parten de la tesis que tal concesión tiene efectos sociales colaterales perversos que la desaconsejan completamente. El autor expone con rigor los argumentos contrarios a su propia postura, porque se los toma en serio, sobre todo los de tipo

consecuencialista, pero se opone firmemente a que “*en nombre del peligro se tenga la pretensión de bloquear una legislación sobre el derecho a morir con dignidad cuando el riesgo más evidente parece ser el de aportar claridad al tema de la muerte*”. Con todo, el autor concluye que el miedo a la pendiente resbaladiza no debe actuar como un freno a la libertad de la persona.

ESTER BUSQUETS

### «Penser l'euthanasie»



Jean-Yves GOFFI, *Penser l'euthanasie*, Paris, PUF, 2004, pp. 193.

El libro comienza con una aproximación histórica y conceptual a la eutanasia resaltando las luces y las sombras de las diferentes definiciones y proponiendo al final del primer capítulo lo que según el autor sería una buena definición de eutanasia; la definición en cuestión, que no reproducimos por su extensión, se debe al conocido bioeticista T.L. Beauchamp y es la que se toma como definición de referencia a lo largo del libro. Después de presentar la argumentación que se suele utili-

zar a partir de la llamada “pendiente resbaladiza” para rechazar la eutanasia el autor se pregunta, en una reflexión breve pero original y jugando con la grafía de la palabra francesa *euthanasie* y el graffiti *euthanazie*, si entre estas dos palabras existe una pendiente fatal. En otro capítulo el autor se detiene en una descripción minuciosa de todas las formas de eutanasia, presenta algunos puntos de metodología moral para no perder de vista que la eutanasia es una cuestión ética y cierra el capítulo describiendo tres teorías morales: consecuencialismo, deontologismo y areteísmo. En el cuerpo principal del libro (capítulos 4 a 7) se estudia la cuestión de la eutanasia desde el prisma de cada una de estas tres teorías éticas. El autor hace un análisis muy minucioso y sugerente de cada una de estas tres perspectivas, intentando aclarar lo que requiere aclaración y resaltando los diversos registros utilizados en la aplicación de estas teorías éticas.

El libro finaliza con tres anexos interesantes en relación con el tema estudiado: la definición de eutanasia según T.L. Beauchamp et A. Davidson, acompañada de un comentario del autor del libro; tres textos breves de la Asociación para el derecho a morir dignamente y, finalmente, el dictamen n. 63 “Final de la vida, detención de la vida y eutanasia” del Comité Consultivo Nacional de Ética de Francia. En resumen se trata de un libro recomendable, muy bien estructurado, que cautiva por su claridad y equilibrio al exponer los diversos puntos de vista.

JOAN MIR

## ¿Libres para morir?. En torno a la Tánato-Ética



Enrique BONETE, *¿Libres para morir? En torno a la tánato-ética?*, Bilbao, Desclée de Brouwer, 2004, pp. 178.

Nos encontramos ante una propuesta innovadora: el autor de este libro se presenta como promotor de una nueva disciplina que él mismo bautiza con el nombre de “tánato-ética”. El objetivo general de esta nueva disciplina, dice el autor, es “*establecer los principios éticos y criterios morales para orientar las decisiones que, sobre quien está próximo a morir, deben tomar los profesionales sanitarios, la familia e incluso el propio enfermo*”. Además esta disciplina debe abordar también objetivos más filosóficos: “*reflexionar, apoyándose en la historia del pensamiento occidental, sobre el significado ético de la realidad mortal del hombre*”. En definitiva, podríamos decir que el objetivo final de esta nueva disciplina es educar ante la muerte, enseñar a aceptar con madurez y serenamente la experiencia humana de morir.

El libro, *¿Libres para morir?* Es el primer volumen de una trilogía, obra del mismo autor, que servirá

para dotar de forma y contenido a la “tánato-ética”. Los dos volúmenes restantes de la trilogía llevarán por título *¿Médicos contra moribundos?* y *¿Sentido de la muerte?* El autor espera que poco a poco la “tánato-ética” vaya siendo un concepto aceptado no sólo en el mundo académico sino también en el médico y profesional.

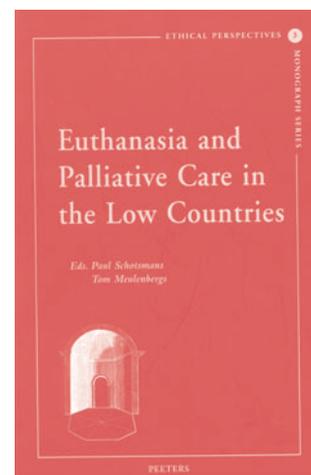
Este primer volumen se divide en tres grandes capítulos: 1) Sobre el “saber morir”; 2) Sobre el “dilema moral” del suicidio, 3) Sobre la “muerte digna”. En el primer capítulo el autor propone retomar la sabiduría moral que nos viene de los clásicos sobre el tema “saber morir”: Platón, Séneca, San Agustín y Montaigne son los pensadores seleccionados. En el segundo capítulo el autor realiza un recorrido histórico presentando las diferentes posturas éticas ante el suicidio. De nuevo aparece una galería de filósofos ilustres: Platón, Aristóteles, Séneca, San Agustín, Santo Tomás, Montaigne, Hume, Kant, Schopenhauer y Nietzsche y de cada uno de ellos nos ofrece textos selectos, debidamente comentados y contextualizados. Cierra el capítulo con un esbozo de lo que podría ser la ética del suicidio. En el tercer capítulo aborda el concepto de dignidad de la persona, muestra las dificultades de su delimitación filosófica y hace un repaso histórico de los diversos modelos de dignidad y acaba exponiendo las diversas concepciones de lo que significa hoy día una “muerte digna”. Subraya que la muerte digna es incompatible con el homicidio y el suicidio, con el suicidio asistido, con la eutanasia voluntaria-activa-directa y con la obstinación terapéutica y, en cambio, sí es compatible con la

aplicación correcta de la analgesia y con los cuidados paliativos. El autor ve en la dignidad ontológica e incondicionada de la persona la salvaguarda y la garantía de la auténtica dignidad del proceso humano de morir.

Para terminar subrayamos que la lectura de este libro nos permite conocer un autor que posee una vasta erudición filosófica y lo demuestra con creces la excelente recopilación de textos que nos ofrece. Se trata, por tanto, de un libro interesante que vale la pena leer y que ayuda a familiarizarse con múltiples y diversas maneras de contemplar la muerte. No obstante, hasta que no dispongamos de la trilogía completa no podremos saber lo que da de sí esta nueva disciplina que el autor denomina “tánato-ética”. En todo caso en este primer volumen no observamos demasiada diferencia ni en la forma ni en el fondo entre el modo como trata la bioética estos temas del final de la vida y el modo como los trata la “tánato-ética”.

JOAN MIR

## «Euthanasia and Palliative Care in the Low Countries»



Paul SCHOTSMANS y Tom MEULENBERGS(eds.) *Euthanasia and Palliative Care in the Low Countries*. Leuven, Peeters, 2005. pp. 264.

Holanda y Bélgica han sido dos países pioneros en Europa en la despenalización de la eutanasia. Asimismo, tanto el proceso de redacción de las leyes como su aprobación y posterior aplicación ha dado origen a un debate ético vigoroso y, al mismo tiempo, muy controvertido. Para unos, la nueva legislación se ha convertido en un ejemplo brillante; para otros, en cambio, se trata de una lamentable materialización de la cultura de la muerte.

La obra *Eutanasia y cuidados paliativos en los Países Bajos*, presenta y analiza comparativamente, de una manera muy cuidada, las legislaciones holandesa y belga en materia de eutanasia. Las principales diferencias radican por un lado en la extensión; la ley belga es más extensa y detallada que la ley holandesa y por otro en el *reconocimiento del suicidio asistido*; la ley holandesa incluye el suicidio asistido mientras que la ley belga es confusa en este aspecto. La comparación entre los dos países se extiende también a la organización de los cuidados paliativos.

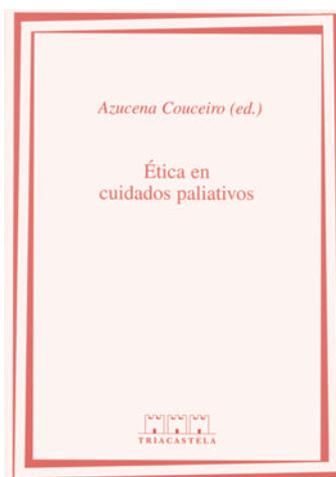
Otro de los aspectos que se analizan en el libro es el hecho que la aplicación de la ley en Holanda ha hecho disminuir las notificaciones de las prácticas eutanásicas por parte de los médicos. El libro cuenta también con una colección de artículos de carácter más abstracto sobre las decisiones al final de la vida, y donde se exponen conceptos como la dignidad humana; calidad de vida-santidad de

vida; el principio de responsabilidad... Las últimas páginas ofrecen un análisis profundo de las argumentaciones que se utilizan en el debate sobre el final de la vida, y se hace un examen crítico de las posiciones adoptadas por las distintas iglesias. Por último, se describe como las instituciones sanitarias cristianas se van adaptando a esta nueva situación legal. En los anexos se ofrece la posibilidad de leer íntegramente tanto la ley holandesa aprobada en Noviembre del 2000 como la ley belga promulgada en Mayo del 2002.

La lectura de este volumen, elaborado conjuntamente por diferentes expertos, es muy recomendable porque permite hacerse una idea muy aproximada y, al mismo tiempo, reflexionar acerca de la experiencia legislativa de los Países Bajos en torno a la eutanasia y los cuidados paliativos.

ESTER BUSQUETS

### «Ética en cuidados paliativos»



Azucena COUCEIRO, *Ética en cuidados paliativos*, Madrid: Triacastela, 2004, pp. 446.

El desarrollo acelerado de los cuidados paliativos ha sido la causa de que en los últimos tiempos se hayan producido numerosas publicaciones sobre el tema. No obstante el libro que presentamos aporta una novedad importante al conjunto de esta vasta bibliografía, ya que aborda el estudio de los cuidados paliativos exclusivamente desde una perspectiva ética, es decir, analiza cuáles son los problemas éticos que se plantean en el ámbito de los cuidados paliativos (ética del cuidar, demandas de eutanasia, morir en paz...) e intenta ofrecer a los clínicos unas reflexiones que les sean de ayuda para resolver los problemas éticos derivados de la atención al enfermo terminal. La obra, de gran rigor y solidez, se estructura en tres bloques, una conclusión y varios apéndices. Primero, la filosofía, los objetivos y las virtudes éticas propias de los cuidados paliativos. Después se pasa de la teoría a la práctica y se analizan problemas concretos de la relación sanitaria (consentimiento informado, tratamiento del dolor...) y los problemas éticos que surgen con cierta frecuencia al final de la vida. El último bloque se dedica a la investigación en el ámbito de los cuidados paliativos. La conclusión cuenta con una reflexión sobre el morir en paz y la justificación de la necesaria evolución de la ética en los cuidados paliativos. El contenido excepcional del libro se debe a las aportaciones valiosísimas de los diferentes especialistas clínicos y bioeticistas que colaboran en esta obra (Azucena Couceiro, Xabier Etxebarria, Juan Carlos Siurana, Jesús Conill, Pablo Simón, Juan Manuel Núñez, Javier Barbero, Adela Cortina y Diego Gracia

entre otros). La calidad de las aportaciones, junto con el enfoque multidisciplinar, harán sin duda que este volumen se convierta en texto de referencia sobre el tema.

NÚRIA TERRIBAS

### «Silenzii e parole negli ultimi giorni di vita»



M. BONETTI, M. ROSSI, C. VIAFORA, *Silenzii e parole negli ultimi giorni di vita*, Milano, FrancoAngeli, 2003, pp. 262.

Estamos ante un libro enormemente sugerente, no tan sólo por lo que respecta a su título sino sobre todo por el contenido que atesora. Se trata de un texto que recoge las conclusiones de un congreso que se celebró en la *Università degli Studi di Padova* sobre Ciencia humana y sanidad.

El tema central del libro es el acompañamiento a las personas en situación crítica o terminal y explora las condiciones de un buen acompañamiento a partir de un enfoque esencialmente interdisciplinar. Estructurado en cuatro partes, la obra se adentra en las dificultades de la atención a los

enfermos terminales y de todas las variables y factores que es preciso tener en cuenta en este cuidado. La segunda parte, de naturaleza ética y antropológica, es especialmente luminosa para comprender el lugar que ocupa la experiencia del sufrimiento y de la muerte en nuestra sociedad y las dificultades que experimentan tanto los enfermos como los profesionales de la salud para afrontarlos. En esencia, en el citado libro se realiza una apología de los cuidados paliativos y se profundiza en su filosofía, poniendo de relieve que se trata de un sistema de atención integral donde se recogen todas las dimensiones de la persona, desde sus necesidades de orden somático y social, hasta las de tipo psicológico y espiritual. Un libro interesante que contribuye a enriquecer la reflexión sobre el final de la vida y que seguro resultará ilustrativo a los profesionales que trabajen en este sector.

FRANCESC TORRALBA

### «Aprende a morir. Vivències a la vora de la mort»



Xavier BUSQUET, Esther VALVERDE, *Aprende a morir. Vivències a la vora de la mort*, Girona, Documenta Universitària, 2005, pp. 222.

*Aprende a morir* es un texto original y singular, probablemente único en el conjunto de nuestra geografía. Y lo es por muchos motivos. En primer lugar porque trata de un tema tabú, la muerte, y lo trata con cuidado y delicadeza, a partir del conocimiento de situaciones concretas y reales. No es frecuente que los profesionales sanitarios dispongan de monografías para prepararse adecuadamente a la muerte y menos aún que estén escritas en lenguaje claro que parte, inductivamente, de las situaciones más reales. En segundo lugar, se trata de un texto embellecido por ilustraciones, obra de Esther Valverde, que por sí mismas le confieren un gran valor. Su contemplación facilita la comprensión e interiorización de las ideas que los autores expresan a lo largo del libro. En este sentido se trata de un libro casi de meditación, no tan sólo por la disposición del texto, que lo facilita, sino por la organización interna de los temas. En tercer lugar es un texto que trata de articular una simbiosis entre teoría y praxis o, dicho de otro modo, trata de hallar un ámbito de convergencia entre la descripción formal y filosófica de la condición humana y la vivencia práctica y difícil de narrar que tiene su origen en el acompañamiento de personas que afrontan el final de su vida. Por todo ello, es un libro que no dejará indiferente al lector.

FRANCESC TORRALBA

✓ **Jornada “The ethics of Bioethics”, Conference on the Crisis of Confidence in Bioethics**, organizada por el «Albany Medical College» y «The Graduate College of Union University», para los días 7 a 9 de Abril en New York. Más información: [www.amc.edu](http://www.amc.edu) y E-mail: [amccme@mail.amc.edu](mailto:amccme@mail.amc.edu)

✓ **5th European Conference of ACENDIO “Documenting Nursing Care”**, organizada por la “Association for common european nursing diagnoses, interventions and outcomes” para los días 7 a 9 de Abril en Bled (Slovenia). Secretaría: “Oud Consultancy & Conference Management”, Hakfort 621, 1102 LA Amsterdam, The Netherlands. Telf.: +31 20 409 0368, Fax: +31 20 409 0550. E-mail: [conference.management@freeler.nl](mailto:conference.management@freeler.nl) i Web: [www.acendio.net](http://www.acendio.net)

✓ **V Jornadas de Investigación en Atención Primaria**, organizadas por la «Fundació Jordi Gol i Gurina» para los días 14 y 15 de Abril en Barcelona. Información: e-mail [jgola@fundaciojgol.org](mailto:jgola@fundaciojgol.org), [www.fundaciojgol.org](http://www.fundaciojgol.org)

✓ **X Jornadas Nacionales de Humanización de la Salud “Humanizar el final de la vida”**, organizadas por el Centro de Humanización de la Salud, Sindicato de Enfermería y Universidad Pública de Navarra para los días 14 a 16 de Abril en Pamplona. Secretaría Técnica: Tel.: 948 247 000. E-mail: [navarra@satse.es](mailto:navarra@satse.es)

✓ **Jornada “Exploiting the Dead? The Use of Human Cadavers For Research, Teaching And Spare Body Parts - A Multidisciplinary Enquiry”**, organizada por «The Health Care Ethics Forum» y

«The Centre for Professional Development» en el Imperial College London para el día 22 de Abril. Información: Tel: +44 (0) 20 7594 6882. E-mail: [cpd@imperial.ac.uk](mailto:cpd@imperial.ac.uk)

✓ **XVIII Jornadas de Salud Pública y Administración Sanitaria y XIV Jornadas de Hipatía “De la bioética clínica a la bioética global”**, organizadas por la Escuela Andaluza de Salud Pública- Consejería de Salud, para los días 19 a 21 de Mayo en Granada. Secretaría: Tel.: 958 027 400/11/ E-mail: [jornadas2005.easp@juntadeandalucia.es](mailto:jornadas2005.easp@juntadeandalucia.es)

✓ **Congreso Internacional del 50 Aniversario de la Escuela Universitaria de Enfermería de Navarra, “Desarrollo del conocimiento de la enfermería y su integración en la práctica profesional”** organizada por la Escuela Universitaria de Enfermería de la Universidad de Navarra para los días 4 y 5 de Mayo en Pamplona. Secretaría: Tel.: 948 42 56 45. Fax: 948 42 57 40. E-mail: [aurdanoz@unav.es](mailto:aurdanoz@unav.es)

✓ **EACME Annual Conference 2005 “Ética y Filosofía en las Tecnologías Médicas Emergentes”**, organizada por la EACME/AECCEM (Asociación Europea de Centros de Ética Médica), la ESPMH (European Society for Philosophy of Medicine and Healthcare), y el Institut Borja de Bioètica - Universitat Ramon Llull, para los días 24 a 27 de Agosto en Barcelona. Secretaría del **Institut Borja de Bioètica**: Telf. 93 600.61.06, E-mail: [bioetica@ibb.hsjdbcn.org](mailto:bioetica@ibb.hsjdbcn.org). Web del Congrés: [www.marsans.es/eacme-espnh-2005](http://www.marsans.es/eacme-espnh-2005).

bioètica & debat

CON LA COLABORACIÓN DE

 **Fundación MAPFRE** | **MEDICINA**

CAIXA DE CATALUNYA 