

Grado en Filosofía.

Año académico 2015/16.

Promoción: 2012-2016.

Universidad de La Laguna.

**Título: ¿Es el paciente dueño de su cuerpo y de su vida? Reflexiones en torno al
suicidio asistido y la eutanasia.**

Alumna: Natalia Trujillo Vargas.

Tutor: Domingo Fernández Agis.

Índice

-	Introducción.....	p. 3
1)	Antecedentes.....	pp. 4-11
1.1.	<i>Sobre la idea de muerte digna y suicidio.....</i>	p. 4-5
1.2.	<i>Sobre las directrices anticipadas.....</i>	p. 5
1.3.	<i>Sobre la disponibilidad de la vida y/o libertad.....</i>	pp. 5-6
1.4.	<i>Contribuciones de Hans Jonas.....</i>	pp. 7-10
1.5.	<i>Contribuciones de Peter Singer.....</i>	pp. 10-11
2)	Estado actual	pp. 12-23
2.1.	<i>Definición de conceptos.....</i>	pp. 12-14
2.2.	<i>Derechos fundamentales inmersos en esta discusión.....</i>	pp. 14-16
2.3.	<i>La voluntad de elegir libremente.....</i>	pp. 16-17
2.4.	<i>Situación legal.....</i>	pp. 17-20
2.5.	<i>Suicidio asistido y eutanasia.....</i>	pp. 20-22
2.6.	<i>Sedación al final de la vida.....</i>	pp. 22-23
3)	Discusión y posicionamiento.....	pp. 23-35
3.1.	<i>Vivir y morir hoy.....</i>	pp. 23-25
3.2.	<i>La ‘buena praxis médica’.....</i>	pp. 26-27
3.3.	<i>Ética de la responsabilidad.....</i>	pp. 27-28
3.4.	<i>Distintas maneras de disposición de la vida.....</i>	pp. 28-29
3.5.	<i>Bioética y disponibilidad de la vida.....</i>	pp. 29-30
3.6.	<i>¿Matar o dejar morir?.....</i>	pp. 30-31
3.7.	<i>Argumentos basados en la identidad personal.....</i>	pp. 31-33
3.8.	<i>La nueva definición de muerte.....</i>	pp. 33-35
4)	Conclusión y vías abiertas.....	pp. 35-37
-	Bibliografía.....	pp. 38-40

- **Introducción.**

El presente trabajo tiene como finalidad tratar las distintas situaciones de sufrimiento ante las que se encuentran los pacientes y sus familiares cuando la muerte de aquellos se prevé próxima. Para esto me adentraré en cuestiones tanto éticas como médicas o jurídicas, además de filosóficas, que tienen que ver con el concepto de vida y muerte, con los cuidados paliativos, con las nociones sobre eutanasia y suicidio asistido, o, con la sedación terminal, entre otras muchas. Así haré un recorrido histórico por las distintas concepciones que se han tenido sobre los temas nombrados y sobre muchos otros que se encuentran intrínsecamente relacionados. De todo ello sacaré conclusiones y plantearé posibles vías abiertas que siguen actualmente en discusión en numerosos y diversos ámbitos. Por lo tanto, este tema es controvertido, actual y polémico, en donde se muestra una necesidad e interés de investigación fundamental.

El suicidio asistido y la eutanasia me han parecido temas interesantes de conocer por distintos motivos. En primer lugar, es un tema que se encuentra relacionado con muchas ramas del conocimiento, de ahí su enorme interés y valor. Además, es un tema tabú del que no se conoce prácticamente nada y que la mayoría de la población no suele ni siquiera plantearse hasta llegada esa situación. Y, finalmente, porque es un tema que nos puede afectar a todos en algún momento de nuestras vidas, ya sea personalmente o de manera cercana. Por ello, su conocimiento es fundamental para que una mejor y mayor información aporte más luz sobre las diversas cuestiones que se tratan.

Por lo tanto, intentaré esbozar de la manera más concreta y sistemática posible los conceptos básicos, y sus consiguientes discusiones, en torno a la concepción de la eutanasia y el suicidio asistido, para así tratar un tema que ha sido objeto de muchos prejuicios, estigmas y malas interpretaciones poco argumentadas. Para ello es fundamental abordarlo desde una perspectiva médica, jurídica y ética en donde la interdisciplinariedad es fundamental. Finalizando así con una explicación de las posibles consecuencias y propuestas argumentadas a las que pueden llegarse en determinados casos.

1) Antecedentes.

1.1. Sobre la idea de muerte digna y suicidio.

A lo largo de la historia y a través de distintas culturas se han dado múltiples y diversas concepciones sobre la vida, la muerte y las formas de morir. Las primeras referencias escritas sobre una “buena muerte” se dan en el siglo V a.C. en autores griegos. Aunque ya Posidipo (poeta) escribió en el año 288 a.C. “De todo aquello que el hombre desea obtener, no desea nada mejor que una muerte dulce”¹. Aristóteles, por ejemplo, considera el suicidio como un crimen contra la ciudad. Por su parte, los estoicos defendían que la vida debía ser vivida con lucidez y dignidad, y que cuando ambas faltan lo mejor era salir de ella. Así, Séneca escribió “El sabio tiene que vivir tanto como deba, no tanto como pueda”². Por otro lado, el mundo cristiano se contrapone a los estoicos reclamando la sujeción a la voluntad divina mediante la afirmación de que el ser humano es una criatura de dios que no puede actuar en contra de la voluntad de éste ni en contra de las leyes de la naturaleza.

El Renacimiento con el redescubrimiento del mundo clásico da un paso más allá con figuras destacadas como la de Tomás Moro (quien creía que para las personas que padecieran un mal incurable con enormes sufrimientos la muerte sería lo mejor), o, Francis Bacon (quien considera la medicina tradicional inhumana y reclama que los médicos no deben solamente recuperar la salud sino también intentar aliviar el sufrimiento), entre otros muchos. Más tarde, David Hume aporta una posición distinta y novedosa al mostrarse en desacuerdo con respecto a la idea de que la muerte voluntaria sea una transgresión grave contra Dios, el prójimo, o nosotros mismos. Sin embargo, Kant, por su parte, no está de acuerdo con éste y juzga el suicidio como un mal moral de primer orden porque transgrede el deber necesario hacia uno mismo. Finalmente, fue a finales del siglo XIX cuando llegó el gran estudio sobre el suicidio por parte de E. Durkheim en donde argumentaba que el suicidio se corresponde con “toda muerte que resulta, mediata o inmediatamente, de un

¹ Citado en VVAA, *Informe sobre la eutanasia y la ayuda al suicidio*, Barcelona, Comitè Consultiu de Bioètica de Catalunya, Generalitat de Catalunya, 2006, p. 95.

² *Ibidem.*, p. 19.

acto, positivo o negativo, realizado por la víctima misma’’³.

1.2. Sobre las directrices anticipadas.

‘‘En 1957, el Papa Pío XII afirmó en un congreso de anestesistas que a un médico no se le podía imponer en conciencia que reanimase sistemáticamente a un enfermo moribundo (PíoXII). Esta afirmación supuso el reconocimiento, por parte de la Iglesia Católica, de que la vida no tiene un valor absoluto que haya que defender a toda costa, y que su prolongación no debe ser el objetivo exclusivo de la práctica médica’’⁴. Por su parte, el término ‘‘calidad de vida’’ varía de una persona a otra, e incluso, es diferente para una misma persona en distintos momentos de su vida. Es Stuart Mill quien asentó en el siglo XIX la idea de que todo individuo tiene derecho sobre su propio cuerpo y mente. Pero, el primer texto legal que recoge la posibilidad de rechazar tratamientos de manera adelantada se dio en 1976 cuando el Estado de California adoptó la ‘‘Natural Death Act’’. En el caso de España fue con la Ley General de Sanidad de 1986 con la que se reconoció el derecho a la integridad y el posible rechazo de un tratamiento cuando pudiera desembocar un trato inhumano o degradante (Ley General de Sanidad de 25 de abril de 1986, Art. 10; Constitución Española, artículo 15).

1.3. Sobre la disponibilidad de la vida y/o la libertad.

‘‘En la literatura jurídica, el derecho a la vida ha sido posiblemente el menos rebatido de todos los Derechos Humanos a lo largo de la historia. El artículo 3 de la Declaración Universal de Derechos Humanos de 1948 lo recoge del siguiente modo: ‘‘Todo individuo tiene derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona’’ ’’⁵. Fue a partir de la Ilustración cuando se empezó a reflexionar sobre la idea de que el derecho a la vida y el valor de la vida humana no eran incompatibles con el derecho de disponer de ella siempre y cuando se diera una especie de suicidio justificado. Aunque en ese momento no se debatió

³ VVAA, *Informe sobre la eutanasia y la ayuda al suicidio*, Comitè Consultiu de Bioètica de Catalunya, Edic. Cit., p. 100.

⁴ David Rodríguez-Arias, *Una muerte razonable. Testamento vital y eutanasia*, Editorial Descleé de Brouwer, Bilbao, 2005, p. 24.

si ese derecho a morir también debe implicar o no un derecho de ayuda a morir cuando el suicidio no puede ser ejercido de manera autónoma por la persona que lo requiere.

El papa Pío XII afirmó que el deber de los médicos es curar pero también minimizar los sufrimientos de los pacientes. También la mayoría de los países en la práctica médica con respecto al final de la vida tienen presente la norma de que no se debe alargar innecesariamente ni acortar artificialmente la vida, sino promover su calidad. “No obstante, algunos autores han considerado la posibilidad de definir límites mínimos de calidad de vida, por debajo de los cuales se podría afirmar que ninguna persona tendría un interés en seguir viviendo (Jonsen, Siegler *et al.*). Sobre la base de una supuesta ‘ausencia objetiva de interés personal en continuar viviendo’ se ha defendido la licitud de interrumpir los cuidados básicos de los pacientes en estado vegetativo permanente que no hubieran escrito previamente sus preferencias de tratamiento”⁶. Por otro lado, Peter Singer creía que el principio de santidad de vida tiene que ver con la creencia de que cualquier vida humana tiene el mismo valor, un valor absoluto, mientras que para Victoria Camps aceptar que la vida humana tiene un valor relativo a su calidad no implica que unas vidas valgan más que otras.

Hasta la segunda mitad del siglo XX lo común era calificar la vida humana como algo valioso en donde se creía que lo correcto era alargar esta vida hasta lo máximo posible y no se planteaba ningún tipo de discusión al respecto. Es a partir de que se toma consciencia de que la medicina “desnaturaliza” la muerte cuando la calidad de vida ha pasado a ser una preocupación muy presente en el ámbito sanitario, en el jurídico, y en el social. Pero aunque se ha dado un paso más allá y se ha abierto la puerta a esta clase de preocupaciones aún no hay un consenso sobre la idea de calidad de vida ya que su significado varía de una persona a otra, e incluso, puede ser distinta en una misma persona a lo largo del tiempo.

⁵ David Rodríguez-Arias, *Una muerte razonable. Testamento vital y eutanasia*, Edic. Cit., p. 52.

⁶ *Ibidem.*, p. 57.

1.4. Contribuciones de Hans Jonas.

Jonas defiende la libertad radical al suicidio y al autosacrificio al que pueden conducir en ciertas ocasiones el amor, y cree que el alcance del poder humano hace que sea necesaria una responsabilidad anticipada. Por lo tanto, afirma que “(...), dado que la responsabilidad es un correlato del poder, de un poder que es sabio y que depende de la libre voluntad, el principio de responsabilidad ocupa por vez primera el plano principal e incluso tiene prioridad sobre muchos deseos, apetitos y deferencias del presente e, incluso, de las necesidades de crecimiento”⁷. Por ello, defiende que la acción de quitarle la vida a un paciente no debe recaer en el médico, deja esta labor al amor y la voluntad de seres cercanos. Defiende así la interrupción del tratamiento siempre y cuando no se pueda recuperar la conciencia, pero no justifica matar directamente. Lo explica así: “No hay que dejarse influir por el punto de vista de una ética de la compasión, sino sólo por la responsabilidad ante las consecuencias que resultan de nuestra actitud, de nuestra disposición, nuestra aquiescencia al ponderar, aquí y allá, sin hacer uso del recurso de matar”⁸. Por lo tanto, es contrario a la eutanasia activa, y afirma que tanto matar como dejar morir tienen su lado oscuro.

Para éste es la enfermedad la que fomenta la investigación sobre el cuerpo humano en su búsqueda de prevención o curación, fundamentándose para ello en los conocimientos que aporta la ciencia del momento. Argumenta que no apreciamos la salud cuando estamos sanos, y, solo cuando aparece la enfermedad es cuando realmente la valoramos y extrañamos. Hans Jonas cree que el cuerpo en la medicina es tratado como un objeto, dividiéndolo y clasificándolo en distintas partes, pero no cree que éste sea el verdadero valor de una persona. Afirma así que la medicina no trata solo de curar el cuerpo sino que en otras ocasiones se ha utilizado simplemente para adecuar un ideal a la norma establecida. Por ello, cree que la responsabilidad del médico va más allá de la técnica y que no solo se agota en la mera prolongación de la vida humana, tal y como estipula la responsabilidad médica natural, ya que incluso la propia voluntad del paciente puede ser

⁷ Hans Jonas, *Más cerca del perverso fin y otros diálogos y ensayos*, Madrid: Los libros de la Catarata D.L., 2001, p. 71.

⁸ *Ibidem.*, p. 100.

contraria a ésta. Tal es así que cree que la función del médico puede cambiar desde el que mantiene la vida al que ayuda a que ésta termine. Todo ello se debe a la firme idea de que ese afán por escapar de la muerte al final solo produce desventajas para el ser humano.

Jonas también se posiciona en torno a la idea de cuerpo como banco de órganos en donde intervendría, a su modo de ver, no la definición de la muerte sino la de qué es un ser humano y una vida humana, ya que puede no ser humanamente correcto prolongar artificialmente la vida de un cuerpo que no tenga cerebro. De ahí que afirme que ‘‘Nadie negará que el aspecto cerebral es decisivo para la calidad humana de la vida de ese organismo llamado <<ser humano>>. Precisamente eso es lo que reconoce la postura que defiende, con la recomendación de que en caso de pérdida total e irrevocable de la actividad cerebral no se detenga la subsiguiente muerte natural del resto del organismo’’⁹. Pero a su vez, Hans Jonas defiende que mientras el cuerpo aún conserve una ‘‘vida’’ se tendría que considerar que aún es una perduración del sujeto (con una especie de estima divino que no permita utilizarlo como medio) ya que cree que también hay dignidad en la muerte y derecho a morir por parte del ser humano.

Explica que ‘‘Aunque ciertos aspectos de la ética del suicidio también penetran en esta cuestión, la existencia de la enfermedad mortal como causa de muerte propiamente dicha nos permite hacer una distinción entre no resistir a la muerte y matarse, igual que entre dejar morir y causar la muerte. El nuevo problema es éste: la moderna tecnología médica, incluso si no puede curar, aliviar o comprar un plazo adicional de vida que merezca la pena, por corto que sea, sí puede retrasar de múltiples maneras el final más allá del punto en el que la vida así prolongada le merece la pena al paciente mismo, incluso más allá del punto en que él puede valorarla’’¹⁰. Aquí se cuestiona si los derechos del paciente están siendo preservados o lesionados, entre los que se encuentra o debería encontrarse (debido a los avances tecnológicos actuales) el derecho a morir.

Además, Jonas cree que otros tienen derecho a impedir el suicidio activo en defensa de

⁹ Hans Jonas, *Técnica, medicina y ética. La práctica del principio de responsabilidad*, Editorial Paidós, Barcelona, 1997, p. 155

¹⁰ *Ibidem.*, p. 160.

la futura libertad para que esta persona vuelva a pensarlo ya que puede haberse precipitado de manera desesperada. Por otra parte, cree que ‘‘Precisamente el amor tiene que reconocer, en contra de la voz del interés, que ninguna obligación de vivir puede superar en mí al *deseo* de morir de forma que me prohíba, que realmente revoque mi *derecho* a optar por la muerte en las circunstancias aquí asumidas. Sean cuales sean las pretensiones del mundo sobre la persona, este derecho es (aparte de la religión) moral y jurídicamente tan inalienable como el derecho a vivir, aunque la percepción de uno como de otro derecho pueda ser sacrificada por propia elección - y *sólo* por libre elección - a otras consideraciones. El emparejamiento de ambos derechos contrapuestos asegura a ambos que ninguno de ellos puede convertirse en obligación incondicional: ni en la de vivir ni en la de morir’’¹¹.

Al analizar la premisa sobre el derecho a morir aparece la cuestión de si el médico debe informar o no de toda la verdad en estos casos ya que ésta puede ser enormemente dañina. Jonas apuesta por ensalzar la autonomía del paciente sin engaños, a no ser que quiera ser engañado, he aquí el esfuerzo de intuición médico. Defiende así la dignidad del saber, pero en donde la misericordia puede permitir la indignidad del no saber (aunque no impuesta, sino atendiendo a lo que realmente desea el paciente). Pero, para Jonas hay una gran diferencia entre matar y dejar morir, y, entre dejar morir y ayudar al suicidio. Jonas cree que cuando se suspende el tratamiento de un paciente por su propia voluntad no puede haber una identificación entre dejar morir y matar. Pero, en ocasiones la obligación de aliviar puede entrar en conflicto con el juramento hipocrático de ‘‘no dañar’’. Jonas cree que en el paciente que tiene posibilidad de cura debe primar el ‘‘no dañar’’ al aliviar, en caso contrario primaría aliviar el dolor (ganando así calidad de vida aunque su cantidad se vea reducida). Así, el médico pasa de ser sanador a convertirse en auxiliar de la muerte del paciente. Hans Jonas cree que la medicina lo menos que debe hacer es causar dolor y humillación solo para retrasar la extinción de la vida.

Por otro lado, la libertad para Jonas está sometida a las necesidades (introduciendo la

¹¹ Hans Jonas, *Técnica, medicina y ética. La práctica del principio de responsabilidad*, Edic. Cit., pp. 162-163.

tensión entre ser o no ser), siendo la muerte el fenómeno que contradice todo principio de vida universal que está presente en la mayoría de las cosas. Por ello, argumenta que ésta tuvo que ser explicada y asimilada a partir del concepto de vida, con la que tiene una relación estrecha. Lo explica argumentando lo siguiente: “Reducir la vida a lo carente de ella no es otra cosa que disolver lo particular en lo general, lo compuesto en lo simple y la aparente excepción en la regla bien acreditada. Precisamente esta es la tarea que se asigna a la ciencia moderna de la vida, a la biología, cuando se le señala como objetivo que sea <<científica>>”¹². Antes se interpretaba lo que aparentemente carecía de vida a través de la vida, intentándola prolongar en esa aparente muerte. Sin embargo, Jonas cree que actualmente solo con la muerte el cuerpo vivo deja de ser misterioso.

Por todo ello, Paolo Becchi ve a Jonas como pionero del debate bioético ya que hace ver la otra cara de la moneda, es decir, los riesgos de las tecnologías y el posible encarnizamiento terapéutico que pueden producir los grandes avances en la medicina. Además, Jonas se plantea si no sería mejor disponer de una definición legal de muerte dada ciertas circunstancias. También argumenta que la cobardía de nuestra sociedad ante el terror que produce la muerte necesita la supuesta seguridad (o ficción) de que ésta ya se ha producido cuando se debe tomar una decisión. Jonas subraya así que estamos autorizados a suspender el tratamiento cuando la persona ‘no existe ya’. La crítica de Jonas tiene como fundamento la creencia de que es imposible determinar con certeza el límite entre la vida y la muerte, lo que debe hacer, a juicio de este autor, que nos decantemos hacia la vida.

1.5. Contribuciones de Peter Singer.

Singer es uno de los autores contemporáneos más polémicos y radicales en el debate sobre la eutanasia. Este autor considera que si el cerebro no se encuentra en condiciones de funcionar se debe considerar a esta persona muerta (apoya así el cambio de la definición de muerte tradicional por la definición de muerte cerebral). A pesar de ello señala que la muerte del cerebro no implica la muerte de todo el organismo, aunque, considera la definición de muerte cerebral como válida para calificar lo que es considerado un ser

¹² Hans Jonas, *El principio vida. Hacia una biología filosófica*, Editorial Trotta, Madrid, 1999, p. 26.

humano. Sorprendentemente en este punto la iglesia católica ha considerado que después de afirmar la muerte cerebral de un individuo ya no existe vida, y por lo tanto, la desembocadura lógica es la muerte. Para Singer el problema no estaría en establecer la muerte de los comatosos irreversibles sino en decidir qué hacer con ellos, pero para esto es necesario saber previamente si realmente están muertos o no (círculo vicioso).

“En resumen, desplazando los términos de la cuestión desde la ciencia hasta la ética, Singer no solo no responde al interrogante que se ha planteado (<< ¿cuándo debemos considerar muerto a un ser humano?>>) sino que se expone a otra posible crítica: la de haber pretendido fundar la ética sobre un presupuesto metafísico, el dualismo de cuerpo y cerebro”¹³. Singer reconoce que el Comité de Harvard propuso la definición de muerte cerebral para intentar solucionar el problema de la multitud de pacientes que vivían mediante respiradores que nadie quería apagar para que murieran, y, de la multitud de órganos que podían haber sido utilizados para salvar vidas que se inutilizaban por la espera de la detención de la circulación de la sangre del donante; pero, cree que esta redefinición de la muerte no soluciona el problema.

En conclusión, Singer llega a la misma premisa a la que había llegado Hans Jonas veinte años antes, es decir, considera que el criterio de la muerte cerebral es falsamente científico. Así, Paolo Becchi cree que se definió como muertos a seres humanos que en realidad no lo estaban, por consiguiente, la muerte cerebral solo es una ficción. “Desde un punto de vista utilitarista, el problema de los seres humanos cerebralmente muertos es fácilmente resoluble sobre la base de la capacidad de experimentar sufrimiento. Si el estatus moral se basa exclusivamente en el hecho de que se pueda sentir placer o dolor, entonces, admitido que los muertos cerebrales hayan perdido tal capacidad, no serán sujetos morales”¹⁴. Finalmente, Singer da un paso atrás en relación a cualquier definición de muerte basada en criterios neurológicos y, en lugar de calificar como muertas a las personas con el cerebro irreversiblemente dañado, se pregunta cómo éstas deben ser tratadas.

¹³ Paolo Becchi, *Muerte cerebral y trasplante de órganos. Un problema de ética jurídica*, Editorial Trotta, Madrid, 2001, p. 69.

¹⁴ *Ibidem.*, p. 77.

2) Estado actual.

La Comisión Asesora de Bioética y el Comité de Bioética son los pioneros en la defensa del respeto de los valores de dignidad y autonomía de las personas. El Comité consultivo de Bioética de Cataluña (constituido en Septiembre de 2005), entre otros, se ha dedicado a la labor de hacer respetar estos valores. Así, este organismo quiere contribuir con el documento *Eutanasia y ayuda al suicidio* (documento muy interesante y productivo de analizar para adentrarse en este tipo de cuestiones) para impulsar un debate que ayude a encontrar la manera de hacer frente a la inquietud de las personas que no ven protegida su autonomía en el marco legal actual.

2.1. Definición de conceptos.

Buena praxis médica: este concepto debe incluir el respeto a la voluntad expresada por el paciente, o quien le representa, y, la aceptación de las limitaciones a la actuación médica que éste decida. El principio de no-maleficencia incluye también el respeto a la voluntad del paciente.

Cuidados paliativos: son los cuidados destinados a enfermos con procesos avanzados e incurables, y a sus familiares, con especial atención al confort y a la calidad de vida (definición de la OMS). Es función de los médicos y de todos los profesionales sanitarios aliviar el dolor y el sufrimiento de los enfermos que están en una fase terminal. Esta clase de cuidados intentan evitar todo tipo de dolor y sufrimiento excesivo e innecesario.

Decisión informada: es aquella que toma un paciente autónomo que solicita asistencia médica para morir bien, y que está fundamentada en el conocimiento sobre los hechos más relevantes de su proceso, tanto de los objetivos que se persiguen con esa actuación médica como de los posibles riesgos y consecuencias negativas que ésta pueda tener.

Eutanasia: proviene del término griego Eu-Thanatos (buena muerte) y hace referencia a las acciones realizadas por otras personas, a petición expresa y reiterada de un paciente que

padece un sufrimiento físico o psíquico consecuencia de una enfermedad incurable y que él vive como inaceptable, indigna y como un mal, para causarle la muerte de manera rápida, eficaz e indolora. Muchos afirman que desde la introducción del conocimiento informado en la práctica médica no se puede hablar de la eutanasia pasiva, considerándosela así un concepto mal empleado puesto que la no instauración de un tratamiento, su suspensión y la eutanasia siempre tienen que ser solicitados.

Limitación del esfuerzo terapéutico (LET): comporta aceptar la irreversibilidad de una enfermedad y la conveniencia de abandonar los tratamientos que tengan por finalidad prolongar la vida, manteniendo sólo las terapias necesarias para garantizar al máximo el bienestar del enfermo. Es decir, consiste en la limitación de las técnicas de soporte vital en un enfermo que no tiene posibilidades de mejora.

Obstinación terapéutica: o ‘‘encarnizamiento terapéutico’’, es la instauración o continuación de medidas médicas que solo tienen como objetivo prolongar la vida del paciente cuando éste está abocado inevitablemente a la muerte y no tiene posibilidades de mejora.

Pendiente resbaladiza: argumento utilizado frecuentemente por quienes se oponen a la posibilidad de despenalizar la eutanasia y el suicidio asistido. Hace referencia al riesgo de que la eutanasia sea solicitada cuando otras alternativas podrían ser factibles o en situaciones en las que no sería necesaria. Es el miedo irracional que argumenta la creencia de que si se despenalizara esta práctica se comenzaría a recibir multitud de peticiones para practicar la eutanasia de manera injustificada y poco ética.

Principio de autonomía: se entiende por autonomía la capacidad para escoger libremente, entre diferentes opciones, la forma en que queremos vivir. El ejercicio de esta autonomía incluye también la manera en la que deseamos morir. Este principio de autonomía y libertad es lo que le da sentido a nuestra vida. Por lo tanto, cuando se niega la posibilidad de decidir sobre el final de nuestra vida, se priva de autonomía.

Sedación terminal: es la administración de fármacos para conseguir el alivio, imposible de obtener con otras medidas, de un padecimiento físico o psicológico, mediante la disminución suficientemente profunda y previsiblemente irreversible de la conciencia en un paciente en el que la muerte se prevé muy próxima y con un consentimiento implícito, explícito o delegado.

Suicidio asistido o auxilio al suicidio: es la acción de una persona que sufre una enfermedad irreversible para acabar con su vida, y que cuenta con la ayuda de alguien más que le proporciona los conocimientos y los medios para hacerlo. Cuando la persona que proporciona esta ayuda es el médico, hablamos de suicidio médicamente asistido.

2.2. Derechos fundamentales inmersos en esta discusión.

El derecho a la vida.

El respeto a la vida humana es uno de los pocos principios morales universalmente reconocidos, de él se derivan el derecho a la vida y diferentes deberes como el de la protección de la vida y de la salud (entre otros). La vida de cada ser humano tiene un valor en sí mismo y cuando se habla de los deberes derivados del principio a la vida se debe tener en cuenta la especificidad del ser humano y su necesidad de reconocimiento y respeto a su identidad. El respeto a la integridad moral implica no menospreciar a las personas por sus ideas y creencias religiosas, reconociendo su singularidad sea cual sea su elección de vida. Este respeto a la integridad moral materializa el principio de respeto a la dignidad de la persona, que es inseparable al principio de respeto a la vida humana y su capacidad de actuar de manera libre y autónoma. En relación a este derecho se encuentran todos los demás ya que el simple hecho de vivir lleva consigo una serie de implicaciones morales que deben ser respetadas como el respeto de las decisiones tomadas por una persona, su forma de vivir la vida, cuando y como morir, etc. La autonomía y la capacidad de decisión son fundamentos básicos en la vida de los seres humanos, sin ellos no podríamos disfrutar de la consideración de personas individuales ni desarrollarnos como tales.

El principio de dignidad de la persona.

El artículo 10.1 de la Constitución española establece la dignidad de la persona como fundamento del orden político y de la paz social. La dignidad humana es definida por Kant como aquello que no tiene precio y cuyo valor va más allá de toda cuantificación. Carlos Santiago Nino en cambio cree que el principio de dignidad de la persona se rige por la idea de que los hombres tienen que ser tratados según sus decisiones, intenciones o manifestaciones de consentimiento. Así, aunque la dignidad es un valor intrínseco a la vida humana, la percepción que cada uno tiene de la suya puede variar a lo largo de la vida. El derecho fundamental a la dignidad es inalienable e implica no sólo la aceptación de la subjetividad de cada ser humano, sino la obligación por parte de los otros de reconocer y respetar los diferentes puntos de vista. Por ello, la dignidad es una expresión de la libertad individual por la que una persona puede decidir dejar de vivir ya que siente que sus condiciones de vida son indignas de ser vividas en tales términos. Además, es importante que esa decisión sea respetada incluso aunque no sea entendida o se entienda como incomprensible. Lo que a una persona puede parecerle digno a otra puede no resultarle de la misma forma, por ello, aunque no compartamos la misma visión que otra persona sus decisiones deben ser respetadas ya que se rigen según sus concepciones de lo que es una vida buena y de lo que es digno para ella.

El derecho a la disponibilidad de la propia vida.

Autonomía como capacidad de autogobierno y autogestión de la propia vida, o, como derecho de toda persona a que otros individuos o instituciones no interfieran en sus decisiones y actuaciones. Los referentes modernos sobre el concepto de libertad son Kant y John Stuart Mill, pero este concepto en los antiguos griegos se asociaba ya al concepto de persona reconocida como ciudadano con pleno derecho y capacidad de actuación en todos los ámbitos de la vida. Es la concepción moderna de libertad la que universaliza estos derechos porque se basa en un concepto de persona con atributos universales. Este derecho fundamental adquiere su fuerza política y reconocimiento legal a partir del siglo XVIII. Así, la Constitución española lo garantiza en el artículo 17 ‘‘Toda persona tiene derecho a

la libertad y a la seguridad. Nadie puede ser privado de su libertad [...] ”. La cuestión que es interesante discutir en este sentido es si existe un derecho fundamental de disponibilidad de la propia vida sin límites y si tiene que incluir o no el derecho a decidir la forma de morir. A grandes rasgos se acepta la idea de que cada cual es dueño de su vida, pero en el marco legal esto no está tan claro. Hay muchas leyes jurídicas que hacen que la disponibilidad de la vida no sea posible en todas las situaciones. A veces se hace en aras de la beneficencia de la propia persona o del respeto de otros derechos más fundamentales. El caso problemático se encontraría en la idea de si es legítimo no permitir que una persona disponga de su vida de la manera que desea bajo el argumento de que no es lo éticamente aceptado o que esta prohibición se realiza en función de su futuro bienestar.

El derecho a una muerte digna.

Morir dignamente implica poder concluir la existencia de acuerdo a las ideas y acciones que han regido nuestra vida. En este sentido Hans Küng y Walter Jens en su libro *Morir con dignidad. Un alegato a favor de la responsabilidad* explican que muchas personas vivirían su vida más tranquilamente si supieran que llegado el momento de morir contarían con un médico a su lado que no los dejara sufrir cruel e innecesariamente. Todos queremos ser recordados como personas autónomas y no como un ser despojado de toda dignidad. En muchas ocasiones, desear morir viene incentivado solamente por el deseo de no ser recordados como seres inertes y de no caer en un encarnizamiento terapéutico. Todo ser humano tiene derecho a no sufrir innecesariamente. Por ello, es lógico que muchas personas prefieran acabar con sus vidas que prolongar éstas en condiciones inhumanas y sin posibilidad de mejora o recuperación. Por lo tanto, el derecho a una muerte digna me parece un derecho fundamental en nuestros días ya que actualmente los grandes avances tecnológicos permiten prolongar la vida hasta límites insospechados, en donde ésta solo es mantenida por una serie de aparatos ,y, generalmente no posee las características éticas básicas para ser considerada una vida digna.

2.3. La voluntad de elegir libremente.

El valor de la vida es universalizable pero no hay una única interpretación de éste. Los derechos provienen de la igualdad y no pueden ser impuestos, sólo pueden ser garantizados y sancionar a quienes intenten impedir ejercerlos. ‘‘De la consideración y defensa de la igualdad en autonomía y dignidad se deriva la aceptación de que cualquier persona pueda hacer de su vida aquello que considere más conveniente mientras no perjudique a los otros. Sólo pondremos en cuestión la afirmación anterior cuando se trate de personas que no tengan todo el entendimiento o lo hayan perdido de manera temporal o definitiva, y esta precaución proviene, justamente, de la determinación de que nadie se pueda aprovechar de nadie o quiera imponer las propias convicciones y creencias. La sociedad democrática debe poner los instrumentos para evitar que aquellos que son débiles o están debilitados puedan ser manipulados y utilizados para atender los intereses de otras personas’’¹⁵. Este derecho fundamental implica tener que aceptar que un paciente en una situación de enfermedad terminal decida suspender cualquier medicación que le pueda mantener vivo (o que el tratamiento llegue a comenzar), de forma que la decisión de morir debe respetarse. Así, se respetaría la voluntad de elección de todo individuo, siempre y cuando esta elección no afecte negativamente a ninguna otra persona. Pero, en lo que se refiere a la propia vida debe ser decisión propia una elección que pueda afectar positiva o negativamente a la persona individual ya que estos calificativos pueden significar cosas distintas dependiendo de cada ser humano concreto.

2.4. Situación legal.

Constitución española.

A la luz de las diferentes sentencias que ha habido en España en relación con la disponibilidad de la propia vida, se puede observar que cada vez se da un mayor reconocimiento de un cierto derecho a la autonomía personal, aunque siempre acaba imponiéndose el argumento de la pendiente resbaladiza para no permitir el suicidio asistido. Los distintos pronunciamientos del Tribunal Constitucional con respecto a la autonomía

¹⁵ VVAA, *Informe sobre la eutanasia y la ayuda al suicidio*, Comitè Consultiu de Bioètica de Catalunya, Edic. Cit., p. 113.

personal no tienen en cuenta el valor en el que ésta se sustenta, pero sí pueden servir como argumento de peso para quienes declaran como inconstitucional cualquier iniciativa despenalizadora de la eutanasia.

La eutanasia y la ayuda al suicidio están penalizadas en España en el artículo 143 del Código penal. ‘‘Artículo 143: 1) El que induzca al suicidio de otro será castigado con la pena de prisión de cuatro a ocho años; 2) Se impondrá la pena de prisión de dos a cinco años al que coopere con actos necesarios al suicidio de una persona; 3) Será castigado con la pena de prisión de seis a diez años si la cooperación llegara hasta el punto de ejecutar la muerte; 4) El que causa o coopere activamente con actos necesarios y director a la muerte de otro, por la petición expresa, seria e inequívoca de éste, en el caso de que la víctima sufriera una enfermedad grave que conduciría necesariamente a su muerte, o que produjera graves padecimientos permanentes y difíciles de soportar, será castigado con una pena inferior en uno o dos grados a las señaladas en los números 2 y 3 de este artículo’’. A diferencia del Código penal anterior, se reconoció la existencia de un conflicto y, en el caso del homicidio por compasión, se estableció una pena más leve que la anterior en la cual se castigaban con penas incluso de hasta 20 años de cárcel. Aún así, la eutanasia y el suicidio asistido siguen estando penalizados en nuestro país.

La situación en otros países.

Holanda: aprobó en 2011 la Ley de comprobación de la finalización de la vida a petición propia y del auxilio al suicidio. Ésta considera eutanasia toda intervención directa y eficaz del médico para causar la muerte del paciente que sufre una enfermedad irreversible o que se encuentra en fase terminal y con padecimiento insoportable, a petición expresa de éste. Entre los requisitos para que la eutanasia no pueda ser castigada se encuentran: que la persona objeto de la eutanasia sea residente en Holanda; que el médico esté casi seguro de que la petición es voluntaria y exprese los deseos del enfermo; que se padezca un padecimiento insoportable y sin esperanzas de mejora; que se haya informado al paciente de su situación y de las perspectivas de futuro; que se haya consultado a otro médico y que éste corrobore el cumplimiento de los requisitos; y, que la realización de este

acto se produzca con mucho cuidado y profesionalidad. Por otro lado, se excluyen del concepto de eutanasia: la conducta activa para causar la muerte de enfermos en coma y recién nacidos ya que no pueden expresar su voluntad de morir; la administración de una medicación analgésica para evitar o mitigar el padecimiento aunque acelere la muerte; y, la supresión o el no inicio de tratamientos que no tienen una finalidad terapéutica sino sólo paliativa.

Bélgica: despenaliza la eutanasia pero no se menciona el suicidio asistido porque en su Código penal no se castigaba. Los requisitos para que se produzca la eutanasia son: que el paciente sea mayor de edad o menor emancipado, capaz y consciente de su petición; que la petición sea voluntaria y reflexionada; y, que haya un padecimiento físico o psíquico constante e insuperable ocasionado por una condición patológica grave e incurable. Por su parte, el médico tiene que: informar al paciente sobre los cuidados paliativos; reiterar el diálogo en los plazos de tiempo razonables; consultar a otro médico independiente que redactará un informe; recopilar información del equipo cuidador si es que existe; procurar que el enfermo consulte con otras personas de su entorno; y, dejar pasar un mes entre la petición y la realización de la eutanasia.

Suiza: la eutanasia continúa penalizada, pero no el auxilio al suicidio (aunque no tiene que contar necesariamente con la asistencia del médico). Un requisito ineludible del auxilio al suicidio en este país es que detrás de la acción de quien ayuda no haya motivación egoísta, personal o económica. Suiza cuenta con tres organizaciones voluntarias que dan apoyo a las personas que solicitan la ayuda al suicidio: EXIT, AMD, y, DIGNITAS.

La situación en el resto de Europa: fuera de los casos mencionados, la eutanasia y el suicidio asistido continúan penalizados con las mismas penas que el homicidio consentido, aunque en muchos de estos países existe un debate social sobre la conveniencia o no de cambiar la legislación. Reino Unido publicó un detallado informe en donde se establecían todos los aspectos que deberían regular la eutanasia y la ayuda al suicidio. En Alemania, aunque la eutanasia está penalizada, no lo están algunas conductas de participación en la ayuda al suicidio (su Código Penal sólo castiga el homicidio a petición), pero la ayuda

indirecta al suicidio es una práctica normalizada. En Francia y Dinamarca la eutanasia continúa penalizada, aunque se hace distinción entre eutanasia activa y pasiva. En Dinamarca hay una ley que permite la eutanasia pasiva, y en Francia hay una ley relativa a los derechos de los enfermos y al fin de la vida haciendo referencia a la posibilidad de otorgar voluntades anticipadas y a la necesidad de disminuir la obstinación terapéutica (pero no a la práctica de la eutanasia o la ayuda al suicidio).

2.5. *Suicidio asistido y eutanasia.*

La legislación actual no permite responder satisfactoriamente a algunas demandas de enfermos que sufren enfermedades incurables o gravemente invalidantes que producen sufrimientos vividos como insoportables. Son personas que conservan la capacidad para tomar decisiones, y, que de manera libre y reiterada piden la muerte. “La idea de que no es legítimo que un miembro de la comunidad pueda quitar voluntariamente la vida de otro o ayudarlo a hacerlo tiene un fuerte arraigo social. Pero la compasión y el respeto a la dignidad y a la autonomía pueden ser argumentos que lo contradigan o lo moderen. Y pueden justificar, aquí sí, un cambio legislativo que haga posible una respuesta a estas demandas”¹⁶.

En el suicidio médicamente asistido es el enfermo el que se causa la muerte con la ayuda del profesional. Si el suicidio está despenalizado, es lógico que se acabe permitiendo también la ayuda en casos en donde la situación es insoportable, extrema y no hay posibilidad de ningún tipo de mejora para el enfermo. Por ello, despenalizar la ayuda al suicidio ayudaría a que los profesionales sanitarios pudieran responder a una demanda legítima. La decisión de pedir la muerte no debe ser sencilla, por ello, darle el valor y la importancia que se merece es algo fundamental para el respeto de la autonomía personal. Aunque a primera vista puede ser una decisión apresurada e irracional, en la mayoría de las ocasiones suele estar muy meditada y argumentada, por ello, si realmente se desea y las

¹⁶ VVAA, *Informe sobre la eutanasia y la ayuda al suicidio*, Comitè Consultiu de Bioètica de Catalunya, Edic. Cit., p. 137.

condiciones vividas son insufribles, indignas e inmejorables para el paciente, debe tenerse en cuenta su petición.

Por otro lado, en la eutanasia es otra persona la que causa directamente la muerte del enfermo a petición de éste. El enfermo en estas situaciones pide algo más, desea que le causen la muerte ya sea porque no puede hacerlo por sí solo o porque así lo prefiere. Las condiciones para llevar ambas prácticas a cabo podrían ser la presencia de enfermedad terminal (incurable y avanzada) o de patología incurable produciendo un gran sufrimiento que probablemente no tenga solución y se instaure de manera permanente. Para ello, el paciente debe ser lo suficientemente competente para poder tomar esta clase de decisiones, y, además, estar informado de las consecuencias que ésta puede tener y de las alternativas vigentes. Además de todo ello la decisión debe ser autónoma por parte del paciente y el médico debe aceptarla, entre otros muchos requisitos para que esta clase de decisiones sean consensuadas y aceptadas como éticas y posibles. Aún así, hoy en día las discusiones sobre las condiciones que serían necesarias para que esta clase de prácticas puedan darse son muy amplias y están muy lejos de llegar a una clara conclusión. De momento abrir las vías al debate y la reflexión es un aspecto fundamental para el progreso en esta clase de cuestiones bioéticas que tienen tanta importancia en la actualidad.

Un ejemplo ilustrativo es el siguiente: “Un caso trágico lo constituye la historia de Vicent Humbert, un francés de 22 años que en Septiembre de 2000 sufrió un gravísimo accidente de tráfico. Después de tres días de reanimación y nueve meses en coma, se despertó. Gracias al tesón de su madre, que nunca perdió la esperanza pese al descorazonador pronóstico de los médicos, el paciente recuperó todas sus facultades psíquicas, aunque su degradado estado físico le obligaba a permanecer postrado en una cama y teniendo que ser asistido de manera permanente. Cuando supo que no tenía ninguna posibilidad de recuperar una cierta autonomía deseó que sus médicos nunca lo hubieran reanimado. Al cabo de tres años y, ante su insistente petición de que le ayudaran a morir, su madre y un médico le administraron unos medicamentos con el fin de provocarle la muerte”¹⁷. Para que este tipo de casos no se den es necesario un análisis de la

¹⁷ David Rodríguez-Arias, *Una muerte razonable. Testamento vital y eutanasia*, Edic. Cit., p. 19.

despenalización de las prácticas que ayuden a acabar con la vida de una manera digna. Además, en estos casos límites la importancia del testamento vital y de las directrices anticipadas es fundamental ya que así los médicos podrían tener la ventaja de conocer la voluntad del paciente en esta clase de situaciones, no cayendo erróneamente en un encarnizamiento terapéutico y en un alargamiento innecesario del sufrimiento.

2.6. Sedación al final de la vida.

En Cuidados Intensivos esta práctica se utiliza para minimizar la agitación, ayudar a una mejor sincronía con la ventilación, y, ayudar a reducir el malestar y la ansiedad por la que pasa el paciente en ese momento. Así, la sedación puede utilizarse para afrontar tanto un daño físico como emocional. Debe considerarse maleficiente no proporcionar una adecuada sedación a un paciente que pasa por un proceso doloroso. Por lo tanto, no proporcionar la sedación y paliamiento del dolor necesario en cada caso puede producir un sufrimiento innecesario y un encarnizamiento terapéutico por parte del equipo sanitario que trata al paciente.

Es imprescindible el consentimiento del paciente si es autónomo, o el de su familia en caso de que no lo fuera. En esta situación se inhibe la conciencia tanto como sea preciso para prevenir el malestar del paciente incluso llegando a una supresión completa de ella si fuera necesario. Si el paciente no es autónomo y tampoco existe familia, entonces el equipo médico debe actuar según el mejor interés del paciente para conseguir ante todo su bienestar. Este tipo de sedación se denomina Sedación Paliativa. Por otro lado, los pacientes con problemas agudos, inesperados y potencialmente mortales suelen ser sedados rápidamente para garantizar así el confort del paciente más allá de la obtención del consentimiento. Finalmente, otra situación es en la que el paciente está próximo a la muerte y experimenta un grado alto de agonía en donde no existe tiempo para intentar otro tratamiento que no sea la sedación, ésta se denomina, por lo tanto, Sedación Paliativa en la Agonía. El objetivo clínico de la sedación es obtener un estado mental de calma, de una cierta indiferencia frente a una situación distresante, y no la prolongación de la vida o la provocación de la muerte de los pacientes.

Con respecto a la sedación se pueden establecer tres niveles de clasificación: según el objetivo, según la temporalidad y según la intensidad. Con respecto al objetivo, la sedación se considera primaria cuando se quiere reducir el nivel de conciencia, y, secundaria cuando la reducción de conciencia es un efecto secundario de la medicación. Según la temporalidad, la sedación puede ser intermitente o discontinua cuando los pacientes tienen periodos de alerta, o, continua cuando se mantiene bajo el nivel de conciencia. Por último, con respecto a la intensidad, la sedación puede ser superficial cuando permite algún tipo de comunicación, y, profunda cuando el paciente está inconsciente. Por lo general, no hay problemas éticos con respecto a la Sedación Transitoria, pero sí los hay cuando se da la Sedación Paliativa, y sobre todo cuando ésta se produce durante el periodo agónico.

“Los requisitos para una buena práctica de la Sedación Paliativa incluye: a) la existencia de un síntoma refractario, b) objetivo de disminuir el estrés, c) disminución proporcionada del nivel de conciencia, c) consentimiento; y, cuando se considere la Sedación en la Agonía d) supervivencia escasa de días u horas. El proceso de toma de decisiones y la monitorización de la sedación debe registrarse en la historia clínica. La mala práctica de la Sedación Paliativa, ya sea por ignorancia o malevolencia, no justifica la comparación de la sedación con la eutanasia. Una mejor práctica de la sedación debe basarse en una mejor formación tanto clínica como ética”¹⁸.

3) Discusión y posicionamiento.

3.1. Vivir y morir hoy.

Durante los últimos veinte años se han producido numerosos debates públicos en muchos países sobre la manera de tratar a algunos enfermos terminales o personas con cáncer y procesos degenerativos irreversibles que pedían morir para evitar el sufrimiento o para no tener que vivir la fase más degradante de la enfermedad. Enfermos que sufrían situaciones extremadamente penosas o sus familiares han planteado a los tribunales de

¹⁸ VVAA, *Ética y sedación al final de la vida*, Barcelona, Fundación Víctor Grifols i Lucas, 2003, p. 26.

justicia poder poner fin a una vida que consideraban indigna. Estos procesos muy debatidos han puesto de manifiesto las divergencias entre la voluntad de los enfermos y las disposiciones legales y sanitarias. A lo largo del tiempo se han planteado numerosos casos especiales donde el dolor y el sufrimiento ante una muerte prácticamente segura han hecho que los enfermos prefieran morir dignamente que continuar viviendo con agonía y sufrimiento. Estos casos extremos han hecho reflexionar a la sociedad y a las distintas instituciones implicadas sobre la posible despenalización de este tipo de prácticas y sus posibles consecuencias. Esto ha sido posible debido al gran avance tecnológico producido en el campo médico y a la casi prolongación infinita de la vida mediante mecanismos artificiales que se da en nuestra sociedad. Vida que, además, en muchos casos no es considerada por los pacientes y muchos teóricos como digna de ser vivida.

Entre estos casos se encuentra, por ejemplo, el de Diane Pretty, quien sufría una enfermedad degenerativa irreversible que la dejó paralizada con dolores agudos que se volvían cada vez más insoportables. Por ello, pidió a los tribunales británicos que le concedieran el derecho a morir asistida por su marido, y, ante las sucesivas negativas de todas las instancias nacionales, apeló al Tribunal de los Derechos Humanos de Estrasburgo, que también lo denegó. Finalmente, murió como ella no quería, después de días de dolor y agonía el 11 de Mayo de 2002. Además de los problemas que implican las patologías que normalmente se encuentran implicadas en esta clase de solicitudes de eutanasia, también intervienen muchos otros factores como pueden ser el dolor y la impotencia experimentados tanto por los pacientes como por sus familias, las distintas concepciones sobre el sentido y el valor de la vida y la muerte, o, la necesidad de respetar los principios de autonomía y de dignidad de una persona, entre otros muchos.

Por su parte, los avances médicos pueden mejorar el bienestar de las personas, pero también pueden prolongar la agonía y agravar el sufrimiento de quienes están afectados por procesos neurodegenerativos irreversibles. Actualmente en el ámbito cultural se da una relación contradictoria con la muerte en donde, por un lado, ésta se experimenta como algo trivial y cotidiano en la ficción mediante la industria del entretenimiento, y, por otro, se produce un ocultamiento de la muerte real por ser considerada como algo indeseable. La

opinión pública ha tratado durante mucho tiempo la eutanasia de forma tangencial, a menudo expresando recelos y miedos hacia ella. Sin embargo, en los últimos tiempos se han observado en nuestro país cambios sustanciales en la percepción social de la eutanasia. El miedo a un padecimiento insoportable ha pasado a ser mayor que el miedo a la muerte, y se ha ido abriendo camino la idea de que, en determinadas circunstancias, es legítimo plantear la posibilidad de poner fin a la vida por decisión propia. Por lo tanto, es ilógico que la posible regulación de la eutanasia se aborde según el número de personas que podrían solicitarla ya que éste es previsiblemente reducido. Además, este problema debe ser abordado según la idea de que los enfermos que deseen continuar viviendo o decidan acabar con su vida puedan disponer de todos los recursos sanitarios y sociales para que la satisfacción de sus deseos sea posible junto con un desarrollo de la vida de una manera digna.

Pero lo que sucede es que no todo el mundo acepta que la dignidad de la vida humana implique la necesidad de poder determinar cómo morir. A lo largo de la historia en distintas religiones la muerte es percibida como un proceso natural que se debe mantener independiente de la voluntad humana. Si la eutanasia se encuentra penalizada, algunas personas serán privadas de la posibilidad de escoger lo que consideran digno y apropiado para su persona en ese momento determinado. En cambio, con esta penalización se protegen las creencias de quienes consideran esta práctica moralmente ilegítima. Aunque disponer de la vida o de la muerte es en principio una decisión privada esto no es así actualmente en muchos lugares del mundo. La despenalización de la eutanasia garantizaría como posibles todas las opciones (sin obligar a nadie), reconociendo así el derecho a elegir autónomamente sobre la dignidad personal. “Se trata de defender la integridad moral y física de la persona, la cual se hace más vulnerable en el proceso de morir, cuando el individuo corre el peligro de deteriorarse física y psíquicamente y perder el control sobre sí mismo”¹⁹.

¹⁹ VVAA, *Informe sobre la eutanasia y la ayuda al suicidio*, Comitè Consultiu de Bioètica de Catalunya, Edic. Cit., p. 102.

3.2. La ‘buena praxis médica’.

‘Es preciso entender un concepto más amplio y más humanista de la atención sanitaria al final de la vida, basada en una práctica consensuada y autorregulada por los colectivos profesionales implicados. Saber cuidar el final de la vida es una exigencia ética ineludible, sobre todo para el profesional de la salud ‘²⁰. Así, los cuidados paliativos han recuperado para los médicos la tradición de cuidar a los enfermos hasta el final, tradición que se encontraba perdida en aras de la prolongación máxima de la vida. La medicina paliativa se encarga de proporcionar el confort al enfermo frente al dolor y el apoyo psicológico para evitar la angustia y las crisis de pánico. La voluntad de acompañar y de comprender son elementos esenciales ya que la comunicación es una de las demandas principales que suelen tener los pacientes. Son tan importantes la enfermedad como el miedo que el enfermo tiene a la muerte; de la primera, el médico tiene toda la información, pero sobre la segunda es el enfermo quien la tiene. Por ello, cuanto mejor conozcan los profesionales sanitarios a la persona enferma más ayuda podrán proporcionarle.

Una de las buenas prácticas médicas usualmente conocidas es la sedación terminal o sedación en la agonía que consiste en administrar uno o más fármacos para aliviar el padecimiento físico o psíquico mediante la disminución de la conciencia en un enfermo que se encuentra próximo a la muerte. En muchas ocasiones se plantea también la decisión de no iniciar o retirar un tratamiento del que depende que el enfermo pueda continuar viviendo, es decir, con respecto a las medidas de soporte vital como la ventilación mecánica, la reanimación cardiopulmonar, etc. Esto se debe a que ‘La indicación o continuación de tratamientos invadidos en la etapa final de una enfermedad incurable puede calificarse de obstinación terapéutica o de encarnizamiento terapéutico, práctica que se debe rechazar desde una concepción del ejercicio médico que también tenga como objetivo velar por una muerte en paz’²¹. Ya que, como apunta Azucena Couceiro "Con la técnica salvamos vidas, pero también prolongamos agonías; con ella podemos añadir años a la vida, pero en ocasiones esa vida no es de calidad. Desde que la medicina se hizo técnica, la

²⁰ VVAA, *Informe sobre la eutanasia y la ayuda al suicidio*, Comitè Consultiu de Bioètica de Catalunya, Edic. Cit., p. 132.

²¹ *Ibidem.*, p. 135.

sociedad espera del médico la curación de las enfermedades, y todo lo que no es curable se vive como un fracaso profesional"²².

3.3. *Ética de la responsabilidad.*

Pellegrino, bioeticista norteamericano, explica que los problemas éticos de los cuidados paliativos giran en torno al control del dolor y el sufrimiento, y, al respeto de la autonomía del paciente. Con Max Weber aparece la distinción a principios del siglo XX de dos tipos de éticas contrapuestas: “ética de la convicción” (solo tiene en cuenta los principios al hacer juicios morales, así enfatiza la excelencia del deber, un ejemplo de ello sería la ética kantiana), y, “ética de los resultados” (solo desea obtener los mejores resultados posibles sin tener en cuenta los principios, Weber la califica como la normal del hombre en política que únicamente desea el poder, un ejemplo de ello sería la ética utilitarista).

Weber propone un tercer modelo alternativo que tiene en cuenta principios y consecuencias, lo denominó “ética de la responsabilidad”. Éste entendería que convicción y responsabilidad pueden ser complementarias, y que podría hablarse de una “convicción responsable”. Los cuidados paliativos han asumido más una ética de la convicción que una ética de la responsabilidad. Pero lo importante es que la ética clínica en la práctica se base en pacientes concretos y casos específicos porque los juicios absolutos no son productivos ni aplicables. De ahí que sea fundamental la subjetivización en donde se tenga más en cuenta a la persona que se encuentra detrás del paciente y no solo a la enfermedad que sufre. Humanizar así la práctica clínica producirá efectos más productivos y confortables para todas las personas que se encuentren inmersas en este tipo de decisiones que son, en la mayoría de los casos, muy complicadas.

“Nos encontramos en una sociedad que niega la muerte, que es vivida la mayoría de las veces como un fracaso. Ante esta negación, aparecen mecanismos de adaptación relacionados con la edad (si es mayor, es normal morir), con enfermedades incurables (no respondió al tratamiento), con el sufrimiento (para vivir así,...), con la soledad (no tiene a

²² VVAA, *Ética y sedación al final de la vida*, Fundación Víctor Grifols i Lucas, Edic. Cit., p. 30.

nadie que le cuida),...y así, muchos ejemplos podrían ilustrar este apartado',²³. Clara Gomis señala que "Esperar, nada más que esperar, es sin duda alguna de las situaciones más difíciles del ser humano (...) Esperar, y aún más, esperar solamente que llegue la agonía que dará paso a la muerte me parece terrible, inhumano, una gran equivocación fruto de la ignorancia y de una cultura que tiene siempre prisa por llegar a un resultado, aunque sea terminar. Pero no se trata de esperar la muerte, sino de vivir la vida intensamente, hasta en sus últimas etapas',²⁴. Por lo tanto, ayudar a morir bien también implica morir en paz con uno mismo, con los demás, y, con la propia vida, cuando haya llegado el momento y nos encontremos satisfechos de la vida realizada.

Victoria Camps explica que al deber de proteger la vida le hemos añadido el de paliar el sufrimiento para así humanizar la práctica clínica. Los valores morales que afectan a esta práctica van cambiando a lo largo del tiempo, siendo desde la modernidad la autonomía de la persona y el derecho a la libertad dos de los valores más apreciados y fundamentales que tiene el ser humano. En estas discusiones tan controvertidas y complejas se deben evitar posturas extremas que conduzcan a fundamentalismos. Además, tomar una decisión por otro que no puede tomarla nunca nos dejará satisfechos ni tranquilos. Los sujetos de estos casos son personas individuales y distintas, por lo que no hay que enseñar a morir bien sino ayudar a morir a la manera que cada uno desee sin inclinaros hacia una forma u otra, simplemente respetando la decisión personal que toma cada individuo en un momento determinado.

3.4. Distintas maneras de disposición de la vida.

Hay muchas formas de eutanasia. Dependiendo de la voluntad de morir de quien fallece, se clasifican en eutanasia 'voluntaria', 'no voluntaria' e 'involuntaria'; en función de la intención del médico, se distingue la eutanasia 'directa' de la 'indirecta'; finalmente, dependiendo de la relación existente entre la voluntad del médico y la muerte del paciente, se diferencia la eutanasia 'activa' de la 'pasiva'.

²³ VVAA, *Ética y sedación al final de la vida*, Fundación Víctor Grifols i Lucas, Edic. Cit., p. 81.

²⁴ *Ibidem.*, p. 104.

Eutanasia voluntaria, involuntaria y no-voluntaria. La voluntaria es la que se realiza a petición del paciente, mientras que la involuntaria es la que busca provocar la muerte de un paciente competente en contra de su voluntad explícita o sin su consentimiento. Por otro lado, la eutanasia no-voluntaria se da cuando no se conoce ni se puede conocer si el paciente desea morir.

Eutanasia activa y pasiva. La activa o positiva tiene que ver con las acciones que provocan la muerte de un paciente que sufre de manera intolerable, por otro lado, la pasiva u occisiva tiene que ver con la suspensión de medidas terapéuticas que prolonguen la vida en fase terminal.

Eutanasia directa e indirecta. La eutanasia directa se da cuando la conducta del médico busca la muerte del paciente, siendo así sinónimo de eutanasia activa. Por su parte, en la eutanasia indirecta la conducta del médico no busca la muerte del paciente sino que ésta solo es un efecto secundario de aplacar la agonía insostenible, por lo que se piensa que generalmente en estas situaciones el médico no es moralmente responsable de esa muerte.

Suicidio asistido. Se trata de la acción en la que alguien (por lo general un médico) pone a disposición del paciente los medicamentos necesarios para que este se quite la vida.

3.5. Bioética y disponibilidad de la vida.

En muchas ocasiones puede resultar más importante respetar la autonomía de una persona que mantener su propia vida, entendiendo que la calidad de vida puede ser un motivo razonable para no seguir continuando la prolongación artificial y probablemente no beneficiosa de la vida. Así, la eutanasia podría verse de manera adecuada si es vista como algo excepcional o como un mal menor. Pero, al igual que se debe prevenir el suicidio también debe ocurrir lo mismo con la eutanasia mediante los cuidados paliativos, el acompañamiento a lo largo del proceso de muerte, etc. Esto no quita que esta opción pueda ser posible para que las personas no teman que no se respeten sus decisiones o que se

prolongue su vida y sufrimiento de manera innecesaria. La sociedad en la que vivimos ha avanzado lo suficiente como para eliminar ese carácter religioso y divino que aún mantiene la vida. Ésta en determinadas situaciones puede ser considerada como no digna de ser vivida, y por ello, se puede preferir que concluya a que se continúe dando bajo determinadas características. Esto no quiere decir que la vida deba ser tomada a la ligera. Ante estas decisiones y casos tan controvertidos los extremos no solucionan eficientemente el problema. Por ello, es necesario un análisis detallado de cada situación y el establecimiento de unas condiciones en las que cuando el sufrimiento sea insoportable y no haya posibilidad de mejora se pueda disponer de la vida de manera digna, posibilitando así todas las elecciones y decisiones con respecto al final de la vida.

3.6. ¿Matar o dejar morir?

Por norma general la eutanasia pasiva y la indirecta tienen más aceptación que la activa ya que suele entrar en vigor la diferencia entre “matar” y “dejar morir”. “El punto de vista deontológico en ética presupone la existencia de tipos de conductas: *buenas, malas e indiferentes* desde un punto de vista moral. La calidad moral de los actos - por ejemplo, el de matar - es determinada al margen de la bondad o maldad de sus consecuencias. Los argumentos que emplea el discurso de principios constituyen lo que se ha denominado también, a partir de Max Weber, “ética de las convicciones”. En oposición a este modelo ético se encuentra la “ética de la responsabilidad” o “consecuencialista”: aquella según la cual el juicio moral sólo puede ser el resultado de una consideración de las consecuencias de los actos. Bajo este último punto de vista, no existen conductas buenas o malas *a priori*, sino conductas correctas o incorrectas en función de las consecuencias que provocan: matar, no sería, desde este punto de vista, *ni necesariamente bueno, ni necesariamente malo*”²⁵.

Pero, la modalidad de esta acción, es decir, su carácter activo u omisivo no es moralmente relevante ya que, como ejemplifica David Rodríguez-Arias, matar con una acción aceptable sería desconectar un respirador de un paciente terminal a petición de éste,

²⁵ David Rodríguez-Arias, *Una muerte razonable. Testamento vital y eutanasia*, Edic. Cit., p. 85.

mientras que omisiva pero imperdonable sería dejar morir a un niño al no advertirle que está ingiriendo veneno. Por otro lado, con respecto a la intención del médico se entraría en el gran problema del doble efecto. La causalidad viene apoyada por la idea de que dejar que la muerte llegue de forma natural es mejor que anticiparla de manera artificial. Diego Gracia, por su parte, defiende la idea de que como solución a la peligrosidad de la eutanasia activa se presenta la eutanasia pasiva en donde no se interviene en los cuerpos de los pacientes. Pero esta idea es imprecisa ya que nos encontramos en una sociedad que incide constantemente en el cuerpo, y, además, debido al avance tecnológico de los últimos tiempos, no hacer nada también implica una acción y decisión, por lo que el concepto de eutanasia pasiva es difuso y poco concreto. También, esta clase de acciones podrían producir un sufrimiento lento y cruel, cayendo también así en falacias naturalistas. Por lo tanto, ni la modalidad, ni la intencionalidad, ni la causalidad, son criterios lo suficientemente sólidos, según David Rodríguez-Arias, sobre los que basar juicios morales de las conductas médicas que pueden darse ante la muerte.

3.7. Argumentos basados en la identidad personal.

Algunas de las objeciones que tienen las directrices anticipadas se centran en su alcance temporal y posible vigencia ya que las opiniones de las personas con respecto a lo que consideraban inaceptable pueden cambiar a lo largo del tiempo. Sale así a discusión la cuestión de la identidad personal en los casos en los que la continuidad de una persona a lo largo del tiempo es cuestionada.

Un ejemplo que ilustra esto puede ser el explicado por David Rodríguez Arias en las siguientes líneas. ‘‘A pesar de lo que se podría pensar, Manuela no aparenta ser una persona triste. Más bien lo contrario, quienes la cuidan consideran que ahora, una vez que ya no recuerda que todo se le olvida, disfruta de un gran bienestar. La mayor parte del tiempo lo pasa dedicada a los juegos con los que un psicólogo estimula sus capacidades mentales para que el inexorable proceso degenerativo sea menos rápido. Ahora disfruta de cosas que antes le habrían aburrado mucho, como por ejemplo pintar con rotuladores o manosear fichas de madera. Joaquín, uno de sus educadores, se entrega a su trabajo con la

misma actitud y tenacidad que muchos padres muestran al educar a sus hijos de uno o dos años. Sin embargo, sabe por experiencia que la salud de Manuela seguirá deteriorándose y morirá dentro de dos o tres años, cuando su cabeza “se olvide” incluso de respirar y deglutir correctamente”²⁶. El reto actual de la medicina es aumentar la cantidad de vida pero con un mínimo nivel de calidad de vida. Por ello, Diego Gracia cree que los estados deben facilitar medios para que las personas no deseen morir, pero mientras, deben al menos permitir que no sufran.

Determinar el interés o desinterés de una persona que no puede manifestar su opinión es una labor complicada y difusa. Primero habría que determinar los tipos de daños a los que está expuesta esa persona, es decir, su vulnerabilidad. Epicuro dice al respecto: “Acostúmbrate a pensar que la muerte para nosotros no es nada, porque todo el bien y todo el mal reside en las sensaciones, y precisamente la muerte consiste en estar privado de sensación [...]. El peor de los males, la muerte, no significa nada para nosotros, porque mientras vivimos no existe, y cuando está presente nosotros no existimos” (Epicuro, SS 124 y 125, p. 59). En muchas ocasiones cuando se medita sobre el final de la vida realmente lo que preocupa no es la muerte sino el posible sufrimiento de los momentos previos al morir. “Desde un punto de vista jurídico, sin embargo, el problema de la identidad personal se puede resolver en nombre del derecho de toda persona jurídica a disponer sobre su propio cuerpo. Los derechos que tiene una persona sobre su propio cuerpo sobreviven a la pérdida definitiva de la conciencia, e incluso, pese al fallecimiento de la persona”²⁷.

Los problemas de identidad personal y de personabilidad se encuentran en relación, todo cambio de identidad personal no implica un cambio de personabilidad, pero todo cambio de personabilidad implica necesariamente un cambio en la identidad personal. Conseguir una definición establecida de lo que es una persona es algo muy complicado, éste es un término que ha evolucionado y cambiado a lo largo de la historia, y que lo seguirá haciendo. Así, la consideración de persona implica una consideración moral y jurídica concreta relacionada

²⁶ David Rodríguez-Arias, *Una muerte razonable. Testamento vital y eutanasia.*, Edic. Cit., p. 115.

²⁷ *Ibidem.*, p. 131.

con una serie de derechos propios que pueden implicar determinados aspectos en un momento dado, pero quizás otros más adelante.

3.8. *La nueva definición de muerte.*

El desarrollo de las técnicas de reanimación permiten, por un lado, salvar a muchos pacientes que en otra situación habrían muerto, y por otro, prolongar el sufrimiento en vano. Nace así una nueva concepción de muerte identificada con la muerte cerebral con una fuerte relación a la extracción de órganos. Se intenta así definir de manera exclusiva la muerte de manera biológica no teniendo en cuenta la presencia de la conciencia. ‘‘Según Pallis y Harley, la declaración del deceso de un paciente con lesiones encefálicas se basa en la pérdida irreversible de la capacidad de conciencia y de la capacidad de respirar espontáneamente, por lo que una valoración clínica circunscrita al tronco encefálico es suficiente para hacer patente tal pérdida’’²⁸.

Lamb por su parte comparte esta idea y, además, añade que la muerte del ser humano no es diferente a la de cualquier otro animal, y, que por ello, puede ser determinada mediante los instrumentos de los que dispone la ciencia del momento. Pero, cada vez hay más críticas hacia esta identificación de muerte cerebral y muerte del organismo debido a los numerosos casos recientes que lo contradicen (como el embarazo en mujeres con muerte cerebral, entre otros). Wittgenstein es un pensador muy importante e interesante al respecto de la idea de muerte, éste identifica la muerte con la no posibilidad de desarrollarse como persona mediante el pensamiento o la palabra. Cuando morimos el mundo deja de existir ya que acaba nuestra experiencia en éste, pero para los que siguen vivos el mundo cambia después esta muerte. Por lo tanto, la muerte es un acontecimiento que forma parte de la vida, es una experiencia de la finitud humana.

Los médicos siguen considerando que su función es la de preservar la vida, por ello, en la mayoría de las ocasiones no están preparados para ayudar a morir al paciente terminal. ‘‘Humanizar la muerte requiere, ante todo, el reconocimiento del valor que en sí misma

²⁸ Paolo Becchi, *Muerte cerebral y trasplante de órganos. Un problema de ética jurídica*, Edic. Cit., p. 34.

tiene la experiencia de la muerte y la importancia trascendental que, para todo individuo, posee afrontar con el respaldo sanitario y emocional necesario ese momento decisivo. En este sentido, el enfoque que toma como base la idea de la imposibilidad de vivir la muerte, y no sólo la con frecuencia cuestionada preparación del personal sanitario para ayudar al paciente terminal a afrontarla, tiene mucho que ver en el escamoteo y ocultamiento de tal experiencia. Frente a esto hay que considerar que la muerte es algo que se vive, aunque no se sobrevive a ella. No sobrevivir a la muerte no resta valor a la experiencia de la muerte”²⁹. Normalmente resulta más fácil no instaurar determinadas medidas terapéuticas que retirarlas ya que esta última se advierte como derrota de la medicina ante la muerte.

Además, la muerte en nuestra época se da principalmente en los hospitales en donde es considerada un fracaso médico y, por lo tanto, se oculta. Esto se debe a que en nuestras sociedades modernas la medicina se basa en la enfermedad y no en el enfermo. Además, aquí también interviene una transformación en la forma de concebir al ser humano, así, la política se encarga de cuestiones relacionadas con la vida (mortalidad, salud, muerte, etc), por lo tanto, el poder se convierte en biopoder y la política en biopolítica. Foucault recalca así que en el siglo XIX fue fundamental que el poder tuviera en consideración la vida, el poder de hacer vivir o dejar morir en donde la muerte oculta es producto de la biopolítica de la muerte.

El concepto del “otro” de Emmanuel Lévinas que explica en *Totalidad e infinito* aquí es importante. Este autor indicaba que la muerte no es la máxima expresión de la libertad, para él lo es el sufrimiento puesto que es una experiencia límite la que pone a prueba nuestra autonomía y libertad. Así, el enfermo a lo que más teme es al dolor, éste debe ser entendido, por lo tanto, atendiendo a la subjetividad del otro. La deshumanización de la muerte forma parte de la crisis del humanismo que podría superarse si llegamos a ver nuestra muerte en el rostro del otro. En esto es importante la mirada bioética que permite ver el mundo, al ser humano y al paciente de otra forma distinta, no como un simple medio.

²⁹ Domingo Fernández Agis (Universidad de La Laguna) y José Santiago Gonzáles Campos (Universidad de Las Palmas de Gran Canaria), <<Entre el pragmatismo y la inquietud ética. La medicina actual y la reflexión filosófica ante el problema de la humanización de la muerte>> *Revista Laguna*, 29, Octubre 2011, pp. 97-108; p. 99.

Así, tener en cuenta en los cuidados paliativos la individualidad, las creencias y los valores es algo fundamental para que el paciente viva sus últimos días con vida y no con muerte, con dignidad y no con deshumanización y sufrimiento. Es decir, hay que volver a observar pacientes más allá de las enfermedades, a entender la muerte como parte de la vida y no como su negación y ocultamiento, con dignidad y humanidad hasta que ésta finalice por completo.

4) Conclusión y vías abiertas.

Hay dos aspectos que entran en juego en la discusión sobre la eutanasia, la dimensión ética por una parte, y por otra, la jurídica. En la primera dimensión los debates en torno a las diferentes categorías de la eutanasia están justificados, mientras que en la dimensión jurídica solo es plausible el debate sobre la eutanasia directa y activa ya que el resto de prácticas son legales. Pero ambas cuestiones son igualmente importantes ya que son aspectos fundamentales a tener en cuenta a la hora de afrontar la muerte. Cuando el final de la vida de una persona llega a su fin muchas cuestiones filosóficas suelen plantearse, éstas suelen ser del tipo: ¿sufriré mucho? , ¿mi vida ha sido lo suficientemente satisfactoria? , ¿cómo habría sido mi vida en otras circunstancias, situaciones, y con otras acciones? , ¿hay algo más allá de la muerte? , etc. Son preguntas personales y normalmente incontestables que surgen al ver el final tan cerca. Pero, hay otra clase de preguntas que sí pueden ser contestadas y que deben reflexionarse ya que ponen en juego valores como la dignidad de una persona, el respeto a su voluntad, etc. Éstas responden a cuestiones sobre qué hacer con los órganos tras la muerte, si realmente puede llamarse vida a una que es vivida sin consciencia ni dignidad, etc. En este último grupo entran las cuestiones relacionadas con la eutanasia y el suicidio asistido.

Quienes son contrarios a la despenalización de la eutanasia argumentan que hay un riesgo de homicidios a la ligera (argumento de la pendiente resbaladiza), mientras que los que están a favor de su despenalización argumentan que el abuso no proviene de una ley permisiva sino de su quebrantamiento. En mi opinión, un caso ilustrativo y muy interesante a tener en cuenta es el de Holanda. En este país se permite la eutanasia siempre y cuando se

den las siguientes condiciones: que el paciente exprese deseo voluntario e individual de llevarla a cabo, que experimente su sufrimiento como insoportable, que no haya ningún tratamiento que posibilite la mejora, que se dé una opinión de otro médico que evalúe los sistemas paliativos brindados, etc. Una ley que permita la eutanasia y el suicidio asistido (en ciertos casos excepcionales en donde se cumplan una serie de condiciones) me parece una posibilidad interesante y digna de estudio.

Actualmente, las personas contrarias a la despenalización de la eutanasia no ven su libertad quebrantada, en cambio, los que desean su despenalización no pueden ejercer libremente su derecho a disponer de la propia vida. Por lo tanto, una posible despenalización abriría el abanico de posibilidades permitiendo así que todas las personas con distintas ideologías y maneras de vivir tengan la opción de morir en las circunstancias que personalmente consideren dignas. Despenalizar no supone obligar a algo, en cambio, penalizar sí lo hace. “Desde el punto de vista del rol que juegan quienes rodean a una persona sufriende que desea morir, existe una diferencia importante entre la eutanasia activa y la simple limitación o suspensión de las medidas terapéuticas. Una ley favorable a la eutanasia otorga a quien quiere morir un tipo de libertad diferente de la que dispone aquel al que simplemente se le autoriza rechazar los tratamientos vitales”³⁰.

En muchas ocasiones, para ser libre solo es necesario que las personas que se encuentran alrededor no interfieran en la vida propia, pero en otras, se necesitan condiciones extras para que la libertad pueda llevarse a cabo. Ser libre también significa ser libre para hacer algo, por lo tanto, la libertad en sentido positivo necesita la colaboración de los demás. Y, lo cierto es que la igualdad ante la ley en ciertas ocasiones puede aumentar las desigualdades, por ello, una medida positiva a veces ayuda a corregirlas. Esto no quiere decir que la eutanasia y el suicidio asistido sean ideas que puedan aplicarse fácilmente y sin un análisis previo, al contrario, ambos aspectos necesitan un estudio amplio y profundo para llegar a una conclusión más satisfactoria. Permitir que una persona agonizante y sin posible recuperación deje de sufrir mediante la muerte no implica necesariamente que el concepto de vida pierda su valor. La muerte forma parte de la vida, hay que aceptarla, no

³⁰ David Rodríguez-Arias, *Una muerte razonable. Testamento vital y eutanasia*, Edic. Cit., p. 100.

ocultándola ni ignorándola ya que ésta también puede y debe ser vivida de manera digna. Son cuestiones muy delicadas y controvertidas, por ello, un continuo análisis de casos y de opciones aportará una mayor riqueza y justicia.

Es decir, la verdadera igualdad en determinados casos exige un trato diferenciado y corregido. “El derecho negativo “nadie debe ser sometido a tratos inhumanos ni degradantes” es universalizable, pero insuficiente para que todos mueran en circunstancias humanas y sin miedo al dolor. Esto parece obvio. Lo que no parece estar tan claro es si se debe crear un nuevo derecho que obligue al sistema sanitario a provocar la muerte de los enfermos terminales que, siendo competentes, valoran su vida, llena de sufrimiento, menos que su muerte. Reconocer un derecho a morir a los enfermos terminales incapacitados físicamente y que no dependen del soporte vital para continuar con vida, supone darles una consideración diferente, no simplemente tolerante, sino más bien solidaria. Para estas personas, el derecho a morir no podría plantearse como una cuestión estrictamente privada, como algo que exija neutralidad por parte de los demás”³¹.

³¹ David Rodríguez-Arias, *Una muerte razonable. Testamento vital y eutanasia*, Edic. Cit., p. 106.

Bibliografía citada.

- Becchi, Paolo, *Muerte cerebral y trasplante de órganos. Un problema de ética jurídica*, Editorial Trotta, Madrid, 2001.
- VVAA, *Informe sobre la eutanasia y la ayuda al suicidio*, Barcelona, Comitè Consultiu de Bioètica de Catalunya, Generalitat de Catalunya, 2006.
- Fernández Agis, Domingo y Santiago González Campos, José S., <<Entre el pragmatismo y la inquietud ética. La medicina actual y la reflexión filosófica ante el problema de la humanización de la muerte>> *Revista Laguna*, 29, Octubre 2011, pp. 97-108.
- VVAA, *Ética y sedación al final de la vida*, Barcelona, Fundación Víctor Grifols i Lucas, 2003.
- Jonas, Hans, *El principio vida. Hacia una biología filosófica*, Editorial Trotta, Madrid, 1999.
- Jonas, Hans, *Más cerca del perverso fin y otros diálogos y ensayos*, Madrid: Los libros de la Catarata D.L., 2001.
- Jonas, Hans, *Técnica, medicina y ética. La práctica del principio de responsabilidad*, Editorial Paidós, Barcelona, 1997.
- Rodríguez-Arias, David, *Una muerte razonable. Testamento vital y eutanasia*, Editorial Descleé de Brouwer, Bilbao, 2005.

Bibliografía consultada.

- Arendt, Hannah, *La condición humana*, Editorial Paidós, Barcelona, 2002.
- Aristóteles, *Ética a Nicómaco*, Editorial Alianza, Madrid, 2001.
- Baudrillard, Jean, *L'échange symbolique et la mort*, Editorial Gallimard, Paris, 1976.
- Couceiro, Azucena (Ed.), *Bioética para clínicos*, Editorial Triacastela, Madrid, 1999.
- Durkheim, E., *El suicidio. Estudio de sociología*, Buenos Aires, 1897.
- Foucault, Michel, *Defender la sociedad*, Editorial FCE, Buenos Aires, 2000.
- Foucault, Michel, *El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica*, Editorial Siglo XXI, Madrid, 2007.
- Gómez- Heras, José María y Velayos Castelo, *Bioética. Perspectivas emergentes y nuevos problemas*, Editorial Tecnos, Madrid, 2005.
- Habermas, Jürgen, *Conocimiento e interés*, Editorial Taurus, Madrid, 1982.
- Hume, David, *Sobre el suicidio y otros ensayos*, Editorial Alianza, Madrid, 1989.
- Jonas, Hans, *Mortality and morality: a search for the good after Auschwitz*, Editorial Evanston, Illinois: Northwestern University Press, 1999.
- Kant, Immanuel, *Fundamentación de la Metafísica de las costumbres (1724-1804)*, Editorial Alianza, Madrid, 2005.

- Kuhn, Thomas Samuel, *La estructura de las revoluciones científicas*, Editorial FCE, México, 2006.

- Küng, Hans y Jens, Walter, *Morir con dignidad. Un alegato a favor de la responsabilidad*, Editorial Trotta, Madrid, 1997.

- Lévinas, Emmanuel, *Humanismo del otro hombre*, Editorial Siglo XXI, México, 2006.

- Lévinas, Emmanuel, *Totalidad e infinito. Ensayos sobre la exterioridad*, Ediciones Sígueme, Salamanca, 1977.

- Séneca, *Cartas a Lucilio*, Madrid: Universidad Complutense, 1988.

- Singer, Peter, *Repensar la vida y la muerte: el derrumbe de nuestra ética tradicional*, Editorial Paidós, Barcelona, 1997.

- Stuart Mill, John, *Sobre la libertad (1859)*, Editorial Alianza, Madrid, 1970.

- Tomás Moro, *Utopía (1516)*, México: Porrúa, 1990.

- Wittgenstein, Ludwig, *Tractatus Logico-Philosophicus*, Editorial Alianza, Madrid, 1979.