

¿La hora de la eutanasia? Reflexiones para el debate social

FRANCISCO JAVIER ELIZARI*

Moralia 31 (2008) 383-421

RESUMEN:

Hay dos cuestiones básicas sobre la eutanasia, su valoración moral y su reflejo en el derecho. Este trabajo versa sobre esta última. La primera parte analiza la evolución legal hacia la despenalización. La segunda parte trata de cuatro cuestiones para lograr un debate social reflexivo: papel de la religión como agente del debate; clarificación semántica del término eutanasia; relación entre cuidados paliativos y despenalización; muerte digna, tema recurrente y confuso.

ABSTRACT:

There are two basic issues on euthanasia: its moral valuation and its juridical status. This paper studies the last one. The first part analyzes the legal evolution towards legalization. The second part studies four topics that can help to achieve a thoughtful social debate: the role of religion as an agent of the debate; semantic clarification of the term euthanasia; the relationship between palliative care and decriminalization; "dignified death", a recurrent and confusing topic.

PALABRAS CLAVE: Eutanasia. Derecho / Despenalización / Suicidio médicamente asistido / Cuidados paliativos / Muerte digna.

Apenas iniciado el siglo 21, no pocos se han lanzado a la aventura de marcar sobre él un cuño identificador. Limitándome a la esfera de algún modo relacionada con la bioética, se han creado para nues-

* Instituto Superior de Ciencias Morales.

tro siglo acuñaciones variadas, por ejemplo, siglo de la neurociencia¹, siglo de una medicina de “mejora”² del ser humano sano, etc. En los intentos de bautizar al siglo 21, algunos lo definen como el siglo de la eutanasia, de la misma forma que el 20 lo fuera del aborto y del control de la natalidad. En un marco temporal y geográficamente más restringido, el de España, la presente legislatura podría ser la legislatura de la eutanasia³.

Estos últimos vaticinios suscitan la pregunta de si la reducida despenalización⁴ actual de la eutanasia⁵ se ampliará en el mundo desarrollado. La primera parte de mi trabajo ofrece elementos para una respuesta positiva. En ella trazo la evolución legal experimentada desde principios del siglo 20. Después de casi cien años de proyectos de ley frustrados, los intentos han logrado los primeros frutos y se prometen otros nuevos en un futuro próximo.

El previsible cambio legal debiera ir precedido de un buen debate social, razonado y sereno. En la segunda parte, la más extensa, intento ofrecer, como lo indica el subtítulo, unas indicaciones o puntos de reflexión para que el diálogo social discurra por los mejores cauces posibles. De este inmenso campo, he seleccionado cuatro asuntos. 1º. Algunos agentes que pueden marcar más el rumbo del debate. 2º. Clarificación semántica del sustantivo “eutanasia”. 3º. Un tema muy marginado: ¿Son los cuidados paliativos un asunto éticamente im-

¹ Cf. D. W. PFAFF - M. KAVALIERS - E. CHOLERIS, ET AL., *Mechanisms underlying an ability to behave ethically* : American Journal of Bioethics 8 (2008) 10-35.

² Cf. PRESIDENT’S COUNCIL ON BIOETHICS, *Beyond therapy*, Dana Press, New York - Washington D. C. 2005.

³ Cf. J. J. QUERALT, *La legislatura de la eutanasia*: El País (10.04.2008) 37.

⁴ Usaré los términos legalización, despenalización no en su sentido técnico estricto, sino como sinónimos de una situación que permite, autoriza, libera, etc. la eutanasia y/o el suicidio médicamente asistido.

⁵ En el título y, con alguna frecuencia en el texto, sólo se nombra a la eutanasia, fundamentalmente por dos razones; por brevedad y por ser la reivindicación más importante. Sin embargo, mi artículo se ocupa también de otra “demanda” social, más secundaria, pero muy unida a la anterior, el suicidio médicamente asistido, en el cual el enfermo se quita la vida con los medios proporcionados por el profesional.

portante a la hora de iniciar un intento de despenalización? 4°. Muerte digna, expresión muy recurrente en el debate y muy confusa.

I. EVOLUCIÓN LEGAL

Muchos han ido abriendo caminos a la despenalización de la eutanasia y del suicidio asistido. Dejo ahora de lado a personas, movimientos, organizaciones, medios de comunicación y hasta grupos religiosos que con sus declaraciones e iniciativas han contribuido al avance de esta causa. Me centro únicamente en textos del ámbito legal: proyectos, proposiciones de ley –en algún caso, también textos sin este rango– y leyes, siempre de signo despenalizador. Dentro del ámbito jurídico, quedan también fuera de mi análisis las sentencias judiciales.

Haré, primero, un rápido recorrido por la serie de proyectos y proposiciones de ley que no lograron convertirse en leyes. La segunda sección, la más extensa, va dedicada a la legislación despenalizadora existente: cuatro casos claros, los de Suiza, Estado norteamericano de Oregón, Holanda y Bélgica. Junto a ellos, otros dos, Alemania y Colombia, cuya situación es algo ambigua. Después de esta ojeada al pasado y al presente, viene una mirada al futuro. Finalmente, abordo la pregunta: ¿Despenalizar la eutanasia, el suicidio asistido o ambos?

1. Precedentes frustrados

Nada más despertar el siglo 20, surgen los dos primeros proyectos de despenalización, en los Estados norteamericanos de Ohio y Iowa (1906). Desde entonces y hasta hoy, dos países sobresalen por el número de intentos: en primer lugar, los Estados Unidos de América y en dimensiones más modestas, el Reino Unido⁶. En Norteamé-

⁶ Datos sobre estos dos países, cf. H. Y. VANDERPOL, *Death and dying: euthanasia and sustaining life. I. Historical aspects*, en: W. T. REICH (ed.), *Encyclopedia of Bioethics*, Simon and Schuster Macmillan, New York ²1995, 560-561. M. B. ZUCKER (ed.), *The right to die debate. A documentary histo-*

rica no ha sido el Gobierno Federal sino los Estados integrantes de la Unión los que han intervenido en la carrera despenalizadora, al gozar de poderes en este terreno. A los dos antes mencionados, les siguen Nebraska (1937), Nueva York (1947), Idaho (1969), Oregón (1973), Estado de Washington (1991), New Hampshire y California (1992), Michigan (1998). En Gran Bretaña se presentaron tres proyectos de ley (1936, 1969 y 2004) junto a otros textos parlamentarios que no alcanzaron este rango.

A pesar de no constituir propiamente un proyecto de ley, quiero recordar una iniciativa popular a favor de la eutanasia en el cantón suizo de Zürich. Aprobada en referéndum el 25 de septiembre de 1977 por una abrumadora mayoría, no se convirtió en texto legal al negarle la aprobación la Asamblea Federal el 4 de septiembre de 1978.

El 29 de abril de 1991, la Comisión del Parlamento Europeo sobre medio ambiente, salud pública y protección de los consumidores votó favorablemente (16 sí, 11 no, 3 abstenciones) una propuesta de resolución (en sentido estricto, no un proyecto de ley) que incluía entre otros puntos la eutanasia. Las vivas críticas recibidas desde distintas partes la hicieron dormir “el sueño de los justos”.

En Francia, el proyecto Caillavet (1999) fue rechazado.

Northern Territory, una de las unidades territoriales que constituyen Australia, promulgó una ley de eutanasia y suicidio médicamente asistido, de vigencia efímera. Su asamblea legislativa la aprobó el 16 de junio de 1995, siendo anulada por el Senado Federal el 25 de marzo de 1997⁷.

En España, el Grupo Parlamentario Federal de Izquierda Unida presentó dos proposiciones de ley de despenalización de la eutanasia el 30.11.2000 y el 04.06.2002, ambas rechazadas. Anteriormente, el

ry, Greenwood Press, Westpoint (Connecticut) - London 1999. En esta materia, con alguna frecuencia no existe precisión en distinguir lo que son verdaderos proyectos de ley de otras iniciativas que no gozan de tal calificación, en sentido propio.

⁷ El documento aparece firmado el día 27, dos días después de la votación parlamentaria.

03.02.1998 también había sido desestimada una proposición de ley orgánica de despenalización de la eutanasia, introducida el 22.01.1998⁸.

2. Casos claros de despenalización

En el momento actual, son cuatro las legislaciones que autorizan el suicidio médicamente asistido, la eutanasia o ambos. La más antigua, Suiza, permite la ayuda al suicidio en términos generales, dentro de los cuales tiene cabida el caso específico del suicidio médicamente asistido. La segunda cronológicamente, Oregón, reconoce únicamente el suicidio médicamente asistido. En Holanda, la tercera, son legales la eutanasia y el suicidio médicamente asistido. En Bélgica sólo está facultada la eutanasia. De dichas legislaciones entresaco los elementos que considero de mayor interés para los lectores y que, asimismo, dan a conocer tanto líneas básicas seguidas en la despenalización como rasgos peculiares propios de cada lugar.

a. Suiza. Ayuda al suicidio

La legislación suiza es la más antigua. Unos⁹ la hacen remontar al Código Penal de 1918. Otros¹⁰ sólo mencionan un texto legal posterior, el Código redactado en 1937 e introducido en 1942. A

⁸ Para estos datos cf. CENTRO DE ESTUDIOS POLÍTICOS Y CONSTITUCIONALES, *Dossier: regulación de la eutanasia y los derechos del enfermo*: Boletín de documentación nn. 31-32 (enero-agosto 2008) 231. Dicho Boletín, además de textos legales ofrece otra abundante documentación.

⁹ Por ejemplo, J. M. APPLE, *A suicide right for the mentally ill? A Swiss case opens a new debate*: Hastings Center Report 37, n.3 (2007) 21. G. BOSSHARD – B. BROECKAERT – D. CLARK – L. J. MATERSTVEDT – B. GORDIJN – H. C. MÜLLER-BUSCH, *A role for doctors in assisted dying? An analysis of legal regulations and medical professional positions in six European countries*: Journal of Medical Ethics 34 (2008) 29. D. MARTY, *Memorandum* (como parte de) Report Social, Health and Family Affairs Committee, European Council, Doc. 9898, 10.09.2003, VII, 49.

¹⁰ Cf. HOUSE OF LORDS. SELECT COMMITTEE ON THE ASSISTED DYING FOR THE TERMINALLY ILL BILL, *Assisted dying for the terminally ill bill [HL]*, The Stationery Office Limited, London 2005, n. 194.

pesar de su antigüedad, bastantes autores que escriben sobre la vertiente jurídica de la eutanasia/suicidio asistido, no mencionan la normativa helvética. El silencio se explica probablemente por las circunstancias en que surgió esta parte del Código Penal suizo, muy lejos en el tiempo de los vivos debates más recientes sobre la eutanasia y el suicidio médicamente asistido.

En su formulación actual, el Código Penal establece: “Quien, impulsado por un móvil egoísta, haya incitado a una persona al suicidio o le haya prestado ayuda con vistas al suicidio, sufrirá una pena de privación de libertad a lo sumo de cinco años o una sanción pecuniaria” (art. 115).

Respecto a la legislación suiza quiero destacar varios aspectos. Primero. El texto normativo suizo muy breve, apenas unas líneas, despenaliza de forma genérica y amplía la ayuda al suicidio, sin mencionar el caso específico de la ayuda *médica* al suicidio, pero, evidentemente, sin excluirlo. Consiguientemente, no establece las condiciones que otras leyes fijan: enfermedad, sufrimientos del paciente, etc. Segundo. La ayuda al suicidio es legal con una sola condición, que no responda a móviles egoístas. Tercero. A diferencia de otras legislaciones, en Suiza se permite el llamado “turismo suicida”. Residentes de otros países pueden acudir a la Confederación Helvética buscando ayuda al suicidio.

b. Oregón. Sólo suicidio médicamente asistido

El objeto de la despenalización no es la ayuda al suicidio en general sino explícitamente y sólo la ayuda *médica* al suicidio, es decir, prescribir una “medicación”, pedida repetidamente por el enfermo para poner fin a su vida.

De las pocas legislaciones existentes, ésta es la única que no ha tenido su origen en los órganos legislativos del Estado, sino en una iniciativa popular aprobada en referéndum el 8 de noviembre de 1994. Su entrada en vigor se retrasó, por diferentes recursos jurídicos, hasta que en 1997 los tribunales le dieron vía libre y, poco después, un segundo referéndum el 4 de noviembre del mismo año, acabó de una manera clara con las anteriores incertidumbres.

Del articulado de la ley¹¹, bastante detallado, únicamente resaltaría cuatro aspectos. 1º. La exigencia de comprobaciones previas hechas por, al menos, dos médicos certificando la presencia de una serie de requisitos legales, sobre todo acerca de la situación del paciente: enfermedad, voluntariedad, etc. Semejante exigencia, que parece prudente, se encuentra, recogida en lo sustancial pero con algunas variaciones, en las legislaciones holandesa y belga. 2º. No se admite el “turismo” suicida. La ayuda médica al suicidio sólo puede prestarse a enfermos residentes en el Estado. 3º. El solicitante de la ayuda al suicidio debe ser necesariamente un enfermo terminal, es decir, que sufre una “enfermedad incurable e irreversible confirmada médicamente y que, según apreciación médica razonable, causará la muerte dentro de un plazo de seis meses” (section 1, 12). La terminalidad no está exigida en las leyes belga y holandesa ni en el Código Penal suizo. 4º. Para Oregón el solicitante de la ayuda al suicidio ha de ser necesariamente mayor de edad, condición requerida en Bélgica fuera del caso de los menores emancipados y no obligada en Holanda.

c. Holanda. Eutanasia y suicidio médicamente asistido

Expongo algo más detenidamente una selección de los contenidos de la ley holandesa. Holanda es el único país en que son legales la eutanasia voluntaria y el suicidio médicamente asistido. Aprobada por la Asamblea Nacional el 2000 y el 2001 por el Senado, la ley entró en vigor el 1 de abril de 2002.

La ley, novedad relativa. Antes de presentar algunos contenidos¹², merece destacarse un rasgo original del caso holandés. La

¹¹ Cf. TH. PITRE, *Lessons from Oregon*: Linacre Quarterly 71 (2004) 114-125. AA. VV., *Legal physician-assisted dying in Oregon and the Netherlands: evidence concerning the impact on patients in “vulnerable” groups*: Journal of Medical Ethics 33 (2007) 591-597.

¹² Podemos leer un excelente análisis comparativo de las leyes holandesa y belga en: M. ADAMS - H. NYS, *Euthanasia in the Low Countries. Comparative reflections on the Belgian and Dutch euthanasia act*, en: P. SCHOTMANS - T. MEULENBERGS (eds.), *Euthanasia and palliative care in the Low Countries*, Peeters, Leuven 2005, 5-33.

legislación de los Países Bajos no supone una gran novedad en sus disposiciones que, en buena parte, se reducen a codificar formalmente una práctica iniciada unos veinticinco años antes. Gracias a la aportación decisiva de organizaciones médicas, en diálogo con el ministerio fiscal, sin olvidar el empeño de algunas asociaciones de enfermos, se elaboraron unas directrices asumidas en una serie de sentencias judiciales. Este rico precedente jurídico del que carece Bélgica, explica, en buena parte, la sobriedad del articulado de la ley holandesa frente a la acumulación de detalles y precisiones que nos ofrece la belga.

Ausencia del término eutanasia. Puede causar extrañeza la ausencia del término eutanasia en una ley que la permite. El sustantivo viene sustituido por una descripción “poner fin a la vida [de una persona] a petición [suya]”. La no inclusión del vocablo parece intencionada y seguramente responde a la ambigüedad semántica que envuelve, con demasiada frecuencia, el uso de la palabra, como luego se verá.

Actos médicos. La eutanasia y la ayuda al suicidio son, por ley, como en Bélgica y Oregón, no así en Suiza, acciones en las que los médicos tienen un papel destacado. En el recorrido que va desde la petición formulada por el paciente hasta la muerte causada o ayudada por los médicos, al menos dos médicos deben constatar una serie de requisitos exigidos por la ley. Posteriormente a la muerte no natural del enfermo, el médico ha de cumplir también con la debida información a oficiales públicos. La realización de la eutanasia está reservada al médico *que atiende al paciente*. Esta medida parece no dejar espacio legal para doctores itinerantes, “especializados” en realizar eutanasias y prestar ayuda al suicidio, como sucede con el aborto. En este punto, quizás las puertas no están tan cerradas en la legislación belga. En el momento actual algunos cuestionan dos puntos de la ley referidos a la participación del médico. Proponen, primeramente, abandonar el monopolio médico en la realización de la eutanasia para dejar la puerta abierta a la colaboración de enfermeras. Por otro lado, algunos aspectos cuya comprobación se pide al médico, por ejemplo, competencia, libertad del enfermo, etc. no parecen tan propios y exclusivos del doctor; podrían confiarse a otras personas.

Edad del que muere. Quizás el punto más original, llamativo y criticado en la ley holandesa es la disposición referida a la edad del candidato legal a estas prácticas. Ambas son legales no sólo desde los 18 años, sino mucho antes, a partir de los 12. Respecto a los menores de edad, la ley distingue dos fases. Entre los 12 y 16 años, además del consentimiento voluntario y meditado del menor y de una comprensión razonable de sus intereses por él mismo, la actuación legal exige el consentimiento de padres o tutores. Entre los 16 y 18 años, la última exigencia desaparece y en su lugar la ley pide solamente que padres o tutores estén de algún modo implicados en el proceso decisional del menor.

Petición inmediata o anticipada. La petición voluntaria y meditada de la persona puede hacerse de dos formas. Por una petición próxima, inmediata en el tiempo, si la persona es capaz. Por medio de voluntades anticipadas en las que por escrito ella pide la muerte, si la persona incapaz ha cumplido los 16 años y previamente a la incapacidad tenía una comprensión razonable de sus intereses.

Comunicación posterior. Para la legislación holandesa, como para la belga con alguna variación, no así en Oregón ni en Suiza, con posterioridad a la muerte, es preceptivo comunicar los hechos al forense municipal junto a un informe complementario. Los casos notificados pasan al estudio de Comisiones creadas para tal fin y sólo llegan al Ministerio Fiscal si la Comisión observa o sospecha alguna irregularidad. De lo contrario, el caso queda archivado. Tales medidas de control posterior pretenden crear un freno a posibles negligencias o abusos médicos en cuanto a la observancia de los requisitos legalmente establecidos.

Protocolo de Groninga. En Holanda sólo está autorizada la eutanasia voluntaria, fruto de una decisión libre y ponderada del paciente. En este punto tan importante, está apareciendo ya una fractura. En 2005 se difundió fuera de los Países Bajos el llamado Protocolo de Groninga¹³, en cuya elaboración intervinieron, ante todo, pediatras

¹³ Cf. E. VERHAGEN - P. J. J. SAUER, *The Groningen Protocol: Euthanasia in severely ill newborns*: New England Journal of Medicine 352 (2005) 959-962.

en diálogo con el Ministerio Fiscal. En virtud del mismo se practica la eutanasia a neonatos en situaciones muy lamentables, y ajustándose a condiciones muy exigentes.

Tal tipo de eutanasia no voluntaria es ilegal y ha sido objeto de no pocas críticas. Sin embargo, se está practicando, cuenta con un apoyo no desdeñable de expertos y, hasta el momento, ningún hecho ha sido llevado ante los jueces¹⁴. Una corriente de opinión pide acabar con esta situación anómala ampliando los términos de la ley, pero las fuerzas políticas no se atreven, por el momento, a abandonar la exigencia de la voluntariedad, como requisito fundamental de la eutanasia legal.

d. Bélgica. Sólo eutanasia

El itinerario legal que ha llevado a la “Ley relativa a la eutanasia” ha sido breve. Se inició en el verano de 1999, para pocos meses después, en diciembre introducir el proyecto de ley en el Senado. Éste dio su aprobación el 2001, recibiendo el pase definitivo de la otra Cámara el 22 de mayo de 2002. Está en vigor desde el 20 de septiembre del mismo año.

El caso belga presenta un aspecto de gran interés. La eutanasia y los cuidados paliativos han caminado casi de la mano. En efecto, la “Ley relativa a los cuidados paliativos”, siguió poco después de la de eutanasia, tanto en su aprobación (14.06.2002) como en su entrada en vigor (05.11.2002). Ni en Holanda ni en Oregón se cumplió esta conexión entre eutanasia y cuidados paliativos.

¹⁴ De la ingente bibliografía con reacciones al Protocolo de Groninga, ofrezco una muestra. A. A. E. VERHAGEN - P. J. SAUER [los nombres vienen aquí con algunas pequeñas diferencias respecto al artículo de la nota anterior] ET ALII, *Are their babies different from ours? Dutch culture and the Groningen Protocol: The Hastings Center Report* 38, n. 4 (2008) 4-8. TH. A. BOER, *Recurring themes in the debate about euthanasia and assisted suicide: Journal of Religious Ethics* 35 (2007) 544-549. H. LINDEMAN - M. VERKERK, *Ending the life of a newborn. The Groningen protocol: The Hastings Center Report* 38, n. 1 (2008) 42-51.

Sería fatigoso entrar en los abundantes pormenores de la ley belga que, por otra parte, no significan, en general, novedades importantes en relación con la normativa holandesa. A continuación me limito a señalar algunos que, a mi parecer, pueden interesar más al lector. Bélgica, a diferencia de Holanda, sólo autoriza la eutanasia voluntaria, no el suicidio médicamente asistido. Sin embargo, para algunos el estatuto de esta última práctica sigue confuso¹⁵.

La ley belga, en contraste con la holandesa, establece algunos requisitos distintos según el enfermo sea terminal o no. En el primer caso, las exigencias son algo más estrictas. Respecto a la edad, la eutanasia sólo es legal para los mayores, con una excepción, los menores emancipados, situación únicamente posible desde los 15 años.

3. Alemania y Colombia: situaciones ambiguas

Frente a las cuatro legislaciones anteriores, casos claros de despenalización, la situación legal de Colombia¹⁶ y Alemania adolecen de cierta ambigüedad. Quizás ello explique, en parte, el silencio que la mayor parte de los estudios jurídicos guardan sobre ambos países.

C. Tomás-Valiente añade otra explicación que quizás valga para unos casos pero no para otros: “Simplemente ocurre que, al tratarse estas últimas de regulaciones genéricas (no referidas expresamente a suicidios de personas enfermas), no se han enmarcado en el debate público sobre la eutanasia y por ello resultan mucho más desconocidas: puede decirse, en suma, que no se han percibido por las sociedades correspondientes como una despenalización ‘institucionalizada’ relevante en este ámbito”¹⁷.

¹⁵ Cf. G. BOSSHARD, *a. c.*, 29.

¹⁶ Un informe del Parlamento Luxemburgués menciona a Colombia y China entre los países con leyes despenalizadoras: COMMISSION DE LA SANTÉ ET DE LA SÉCURITÉ SOCIALE, *Rapport* (14.02.2008), Introduction. En la abundante bibliografía manejada, ésta es la única mención que he hallado.

¹⁷ C. TOMÁS-VALIENTE, *La regulación de la eutanasia voluntaria en el ordenamiento jurídico español y en el Derecho comparado*: Humanitas 1, n. 1 (2003) 41. Su excelente estudio me sirve de guía en este apartado.

a. *Alemania*¹⁸. *Ayuda al suicidio, no eutanasia*

Alemania que prohíbe la eutanasia, no mantiene idéntica prohibición con la ayuda al suicidio que goza de un estatuto bastante similar al de Suiza. La participación en el suicidio ajeno, trátase de un enfermo o de personas en otras situaciones, no está penalizada y parece que nunca lo estuvo¹⁹. Sin embargo, a diferencia del país helvético, puede existir un conflicto legal entre esta permisividad y el deber del médico, parientes, etc. de salvar la vida de la persona que piensa suicidarse. Dicho conflicto está condenando al suicidio asistido a ser una acción prácticamente desterrada.

b. *Colombia. Eutanasia, no ayuda al suicidio*

La situación legal de la eutanasia en Colombia es algo extraña. El Código Penal de 1980 castigaba la muerte por piedad en el art. 326, declarado inconstitucional por el Tribunal Constitucional de la nación en 1997, sentencia C-239/97²⁰. Según dicha sentencia, no es ilegal el homicidio piadoso de un enfermo terminal, si responde a una petición seria del mismo.

Dicha sentencia del Tribunal Constitucional no ha tenido todavía reflejo en la legislación. Más aún, en julio de 2000 se promulgó un nuevo Código Penal (en vigor desde julio de 2001) que, haciendo caso omiso de la sentencia, sigue castigando el homicidio piadoso y la incitación y ayuda al suicidio. A pesar de estas disonancias, si algún caso de eutanasia llegara a los tribunales, éstos deberían fallar

¹⁸ El caso de Alemania aparece tratado brevemente en G. BOSSHARD, *a. c.*, 29. Un poco más extensamente en C. TOMÁS-VALIENTE, *a. c.*, 41 y con gran amplitud en: H. SCHÖCH - T. VERREL, *Alternativ-Entwurf Sterbebegleitung: Goldammers Archiv für Strafrecht* 152 (2005) 553-624. Resulta extraño que el Informe parlamentario de Luxemburgo mencione a Colombia y a China y, por el contrario, silencie la situación alemana, país vecino.

¹⁹ Cf. C. TOMÁS-VALIENTE, *a. c.*, 41.

²⁰ Las fechas dadas por C. Tomás-Valiente no parecen concordar. Por un lado ella fecha el pronunciamiento del alto tribunal el 20 de mayo de 1998; por otro, la sentencia se cita como C-239/97, lo cual, según el modo habitual de citar las sentencias, nos remite al año 1997.

ateniéndose al Tribunal Constitucional, cuya posición prevalece sobre el resto de disposiciones legales.

La situación algo ambigua quizás se termine de aclarar pronto. Al redactar este artículo, a principios de octubre, se está debatiendo en la Cámara de Representantes el proyecto de ley 44/2008 por el que “se reglamenta la práctica de la eutanasia, del suicidio asistido y el servicio de cuidados paliativos”. De aprobarse el texto en los actuales términos, Colombia sería el primer país de América y uno de los pocos en el mundo en autorizar tanto la eutanasia como el suicidio médicamente asistido.

4. Una mirada al futuro

Si nos atenemos a la evolución legal experimentada en el período de 1994 a 2002, a los proyectos de ley presentados desde principios de siglo en varios países y a ciertos movimientos en fuerzas políticas de izquierda, sin mencionar la presión creciente de la opinión pública, parece probable que, sin tardar, la liberalización de la eutanasia será un hecho en algún otro país. El primer candidato que figura en la lista es el Gran Ducado de Luxemburgo junto a Colombia, como acabamos de ver. ¿Vendrá inmediatamente después España?

a. Luxemburgo

Probablemente Luxemburgo autorizará pronto la eutanasia y el suicidio médicamente asistido. Un proyecto de ley relativo al “derecho a morir dignamente”, inspirado, en gran medida, en el modelo belga, recibió el voto favorable de la Comisión parlamentaria de Salud y Seguridad Social el 17 de enero de 2008. Un mes después, el 19 de febrero, la Cámara de Diputados, refrendó el dictamen de la Comisión, aunque por una estrecha mayoría, 30 de los 59 diputados. Falta la segunda lectura parlamentaria que, en caso de amparar al texto con su voto, convertiría el proyecto en ley²¹.

²¹ No tengo conocimiento de que en el momento de entregar este trabajo, se haya cumplido ese trámite.

b. España

En la sociedad española existen personas, grupos y medios de comunicación interesados en un cambio legal. En el campo de las fuerzas políticas, Grupos Parlamentarios del Congreso presentaron en 1998 una Proposición de ley en idéntica dirección y lo mismo hizo por separado Izquierda Unida el 2000 y el 2002²².

Las convicciones del Presidente parecen más bien favorables a la despenalización. Aparte otros posibles motivos, ello cuadra con una imagen que no le desagrada de gran amplificador de derechos. Las declaraciones de destacados miembros del Gobierno socialista y del PSOE, algo fluctuantes, envueltas en un lenguaje ambiguo calculado, ni manifiestan claramente unas intenciones despenalizadoras ni les cierran las puertas. Ello se puso de manifiesto, de modo especial, en torno al Congreso del partido, celebrado en julio de este año. A principios de septiembre, el Ministro de Sanidad adelantaba la idea de estudiar, por parte del Gobierno, el tema del suicidio asistido sin excluir que el estudio pudiera derivar en una normativa legal²³. Al fin y a la postre, ¿las decisiones se tomarán no tanto por razón de principios, cuanto por sentido oportunista?

c. ¿Eutanasia, suicidio asistido o ambos?

Las legislaciones se han decidido por opciones distintas. Holanda es el único país que autoriza las dos prácticas. Lo mismo hizo durante breve tiempo el Northern Territory de Australia. Bélgica permite sólo la eutanasia. En Suiza y Oregon únicamente es legal la ayuda al suicidio. Y de cara al futuro, el informe de una Comisión de la Cámara de los Lores recomienda al órgano legislativo el estudio de las

²² Cf. CENTRO DE ESTUDIOS POLÍTICOS Y CONSTITUCIONALES, *Dossier...*, 231. El Parlamento Autonómico de Cataluña ha sido el único en que se han presentado Propuestas de Resolución para que se llevara al Congreso de Diputados una Proposición de Ley favorable a la despenalización de la eutanasia. Ha sido obra de la Esquerra Republicana de Cataluña por tres veces, 1998, 1999 y 2000: *o. c.*, 234-235.

²³ Cf. B. SORIA, *Entrevista*: El País (07.09.2008) 36-37.

tres opciones caso de plantearse de nuevo la eventualidad de un cambio legal²⁴.

Apenas existen estudios sobre los motivos que han inspirado la elección realizada por cada una de las legislaciones. Oregón optó por la ayuda médica al suicidio y no la eutanasia, no por razones de principio, sino de carácter práctico, es decir, por creer que tal opción gozaba de mayores probabilidades de éxito. Le sirvió de lección lo sucedido en otros Estados de la Unión que habían fracasado en anteriores referéndums, al parecer, por haber unido en la misma propuesta ayuda al suicidio y eutanasia, siendo así que ésta suscitaba todavía fuertes reticencias en la opinión pública. En los casos de Holanda y Bélgica²⁵, dos países vecinos con soluciones distintas, no contamos tampoco con datos suficientes sobre las razones que las inspiraron. Cuando se despenalizó el suicidio asistido en Suiza, apenas se tomaba en consideración la eutanasia.

En la literatura bioética y médica se han expuesto consideraciones que han podido tener algún peso a la hora de las opciones legales.

Preferible el suicidio asistido. Para algunos, la ayuda al suicidio tiene sus “ventajas” sobre la eutanasia, tanto mirada desde el paciente como desde el médico. Sería médicamente preferible porque supone para el profesional una menor carga emocional: su participación en la muerte del paciente es más remota y no se ve en la necesidad de presenciarse el hecho de la muerte por suicidio. Desde el punto de vista del enfermo, su autonomía queda más puesta de relieve que en la eutanasia: suya es la decisión de poner fin a la vida y suya la ejecución del acto final. Quizás este aspecto esté influyendo más en la sociedad norteamericana, en la cual existe una sensibilidad más acusada que en Europa hacia la afirmación de la autonomía del enfermo.

²⁴ Cf. HOUSE OF LORDS, *o. c.*, n. 246 y 269: “Debería distinguirse claramente en cualquier futuro proyecto de ley entre suicidio asistido y eutanasia voluntaria, para que la Cámara tuviera la oportunidad de examinar cuidadosamente ambos cursos de acción y las distintas consideraciones aplicables a ellos. Y así llegar a la conclusión de si, en caso de que el proyecto siguiera adelante, debería limitarse a uno u otra o a ambos”.

²⁵ Sobre los motivos en el caso de Bélgica, cf. M. ADAMS - H. NYSS, *o. c.*, 8-10.

Preferible la eutanasia. Esta opción se basa en los problemas unidos a la ayuda al suicidio y en las ventajas positivas de la eutanasia. Algunos se preguntan: si sólo se permite el suicidio asistido, ¿no se pone sobre las espaldas del enfermo una pesada carga psicológica, al tener que quitarse uno mismo la vida? ¿No es degradante e inmisericorde forzar a los enfermos a hacer lo que podría hacer el médico? Por otro lado, el suicidio asistido da respuesta a un menor número de casos que la eutanasia; es una solución parcial a la demanda social existente. De hecho, en Holanda, de todas las muertes acogidas a la ley permisiva, alrededor del 90% lo son por eutanasia y sólo el 10% por suicidio asistido. Finalmente, permitir sólo el suicidio asistido puede conllevar alguna discriminación para con los enfermos deseosos de poner fin a su vida e incapaces de administrarse los fármacos letales por su discapacidad. Como conclusión diría que la opción a favor de la despenalización de las dos prácticas o de priorizar la eutanasia parece encontrar más adeptos que la de dar prioridad al suicidio asistido, excepto en Norteamérica, por ahora.

II. UN DEBATE RAZONADO

Pretender en nuestra sociedad un debate razonado, sereno sobre la eutanasia es una tarea poco menos que ilusoria. Son tantos y tan poderosos los factores dirigidos en sentido contrario que el desaliento y la inactividad parecen las únicas actitudes fundadas. Sin embargo, no se deben infravalorar posibles y modestos avances. Para lograrlos en medida aceptable, sería necesaria la convergencia de conocimientos sobre el tema, actitudes personales y condiciones sociales. De este inmenso panorama apuntado, he seleccionado cuatro puntos.

Múltiples agentes modelan la opinión de la sociedad en esta materia: bioéticos, filósofos, médicos, juristas, políticos, religiones, medios de comunicación social, cine, literatura, etc. Por dos razones, mejor conocimiento del tema y no alargar desmesuradamente mi trabajo, me ciño a la Iglesia Católica, más concretamente, a los obispos.

Los otros tres asuntos tratados pertenecen al área de conocimientos relacionados de alguna forma con el debate de la despenalización.

Si queremos un diálogo lo más transparente posible, condición básica es contar con una noción compartida de eutanasia. Analizo luego una cuestión muy marginada en la reflexión: ¿es éticamente obligado que cualquier intento de despenalización tenga en cuenta la situación de los cuidados paliativos? Finalmente, estudio aspectos de la compleja, confusa y recurrente expresión: muerte digna.

1. Apuntes sobre la aportación episcopal

Los obispos no son la única voz de la Iglesia Católica, pero la suya posee un eco eclesial y social bastante amplio. Tengo gran confianza en que su aportación a un buen debate sobre la eutanasia será valiosa –dejo de lado el pasado, para pensar en el futuro–, con intervenciones acertadas en contenido, forma y tono. Los obispos tienen una ventaja –¿también desventajas?– sobre los políticos. Éstos, sin dejarse de mover por principios, sufren la esclavitud del poder y de los votos, mientras que los obispos participan en el debate social, guiados por principios éticos.

Además de la buena intención, de la recta conciencia, a nadie sobra un buen conocimiento, lo más completo posible, de los variados aspectos del tema así como una gran lucidez y habilidad para decir la palabra adecuada en la sociedad en que nos encontramos.

Los obispos se enfrentan a una tarea nada fácil. Aun estando acertados en todo, –mucho más si estuvieran desafortunados en algún punto– saben que, debido a factores variados, encontrarán como frecuente compañía un cortejo de invectivas, acusaciones, falsas interpretaciones por parte de algunos sectores y personas. Las sugerencias que me permito hacer están inspiradas en el respeto, el cariño y el deseo de ayudarles, a mi modo, en su no fácil tarea.

Ética “samaritana”. Los obispos han publicado varios documentos de cierta envergadura sobre la eutanasia. Así realizan un servicio importante, necesario, el de una moral “doctrinal”, en la que dominan las valoraciones y argumentos sobre la eutanasia. Me pregunto: ¿No sería bueno también dar un destacado espacio a una ética “samaritana”, con documentos y, sobre todo, acciones donde son las personas en su etapa final, sus necesidades y aspiraciones, su bienestar

más que las doctrinas las que ocupan el puesto central? Una buena sensibilidad ética cristiana hermana ambas orientaciones.

Cuidar bien, antes que una ley. Yo comprendo que al debatirse la despenalización de la eutanasia, los obispos argumenten en contra. Pero en medio del debate, ¿no se necesita lucidez y habilidad para transmitir la propia convicción interior de que la preocupación fundamental de la Iglesia, de los obispos, no es una ley prohibitiva sino el buen cuidado de las personas en su etapa última? Con ley prohibitiva o permisiva, parece acertado hacer del bienestar de las personas y no de la ley, el centro de las reflexiones y preocupaciones.

Escuchar. Un presidente de la Conferencia Episcopal Estadounidense, cuyo nombre no he guardado, decía a sus presididos: “Nuestros documentos enseñan mucho menos de lo que podrían hacer, porque escuchamos poco”. Sin duda, los obispos practican generosamente la escucha. A este respecto solamente un punto. Percibo una sensación –no sé si fundada, pues no tengo acceso a los “secretos de palacio”– de que profesionales cristianos, competentes y no carentes de sentido eclesial, son algo marginados ante documentos de cierta importancia.²⁶

Proponer - no imponer. Estoy seguro de que ningún obispo cultiva en su interior intenciones impositivas de cara a la sociedad. Pienso que todos asumirán unas palabras del obispo de Dijon: “No quiero pasar como alguien que da lecciones, prefiero presentarme como un hermano en humanidad que ayuda a discernir el camino hacia la luz”²⁷.

Reflexión racional. Admitido el derecho y deber de los obispos de proponer la enseñanza cristiana, me fijo ahora en el uso de la reflexión racional, en diálogo con la sociedad. Sin complejos de inferioridad pues “somos ciudadanos del mundo y no demandantes

²⁶ Tengo también la impresión de que algunos profesionales cristianos, quizás razonables en muchas de sus críticas, posiblemente focalizados en exceso en ciertas cuestiones, parecen voces despiadadas con los obispos, por su tono dogmático, duro, casi inmisericorde.

²⁷ MONS. R. MINNERATH, *Digne de vivre, jusqu'au bout*: La Documentation Catholique 90 (2008) 385.

de asilo” (Cardenal Godfried Danneels) y sin pretensiones de superioridad. Situados en este plano, los obispos y los cristianos podríamos asumir la actitud de ser “uno más, uno de tantos, un cualquiera” (Carta a los Filipenses). La condición de obispo no da un plus de razón tratándose de la reflexión humana. Parece lúcida una cierta cautela en la apelación a la ley natural²⁸. También sería bueno cuidar el lenguaje, un lenguaje lo más preciso posible, sin abusar de expresiones redondas, pomposas como “cultura de muerte”, etc.

Certezas y certezas. Los obispos, como todo el mundo, tienen derecho a sus convicciones arraigadas y su deber de fundarlas bien. Ahora bien, en el terreno de la eutanasia, conociendo bien lo que atañe a sus fundamentos racionales, puede ser útil habituarnos a distinguir entre certezas graníticas, hoy menos numerosas y otras “certezas” modestas, humildes, probables que no deshonran a ningún maestro, por supuesto, sin caer en el relativismo.

“Coro” episcopal y obispos “solistas”. De los documentos de la Conferencia episcopal, al poder contar con más y mejores medios y asesores, es lógico esperar niveles de mejor calidad, aunque no siempre. Por otro lado, es un hecho normal, lógico, saludable y hasta necesario oír la voz de cada obispo, no reducida a un mero eco repetidor. Tales solistas dan, en ocasiones, recitales magníficos, muy de agradecer. En ocasiones, sin embargo, en temas delicados sobre el final de la vida, frente a la discreción de la Conferencia, asistimos a algunas disonancias que un mejor conocimiento de las cosas pudiera haber evitado.

2. Significado de eutanasia

Un lenguaje muy extendido en relación con la eutanasia resulta muy confuso, por partida doble. 1º. Ya el mismo sustantivo eutanasia se ve afectado por este virus. 2º. La expresión “muerte digna”, sujeta a usos varios, añade un nuevo foco de enredo. El primer punto es el objeto inmediato de mi atención; más adelante trato del segundo.

²⁸ Cf. L. GONZÁLEZ-CARVAJAL SANTABÁRBARA, *Los cristianos en un estado laico*, PPC, Madrid 2008, 44.

a. *Origen de la confusión*

Antes de terminar el siglo 19, se va haciendo común una noción precisa de eutanasia, es decir, poner fin directa, intencionadamente²⁹ a la vida de una persona para que deje de sufrir. Esta definición real delimita el significado nebuloso, maleable, de eutanasia en sentido etimológico: “buena muerte”³⁰. Si nos hubiéramos quedado aquí, no nos encontraríamos en el reino de los malentendidos. Pero se dieron otros pasos no acertados.

A lo largo del siglo 20, el término eutanasia amplía su significado al acoger bajo su hospitalario manto otras prácticas de la medicina³¹, como el uso de analgésicos y el rechazo del encarnizamiento terapéutico. El recurso a analgésicos, más allá de su objetivo fundamental, alivio, eliminación, prevención del dolor, puede, en ocasiones, como efecto secundario, anticipar algo la muerte.

También se ha llamado eutanasia a la renuncia (no iniciar/suprimir) a tratamientos que en alguna medida podrían alargar la vida, por ej. reanimación cardiopulmonar, respiración asistida, alimentación artificial, etc.

Designar eutanasia a todas estas acciones tradicionalmente diferenciadas desde los puntos de vista médico, jurídico y ético, no ha sido una pura arbitrariedad, pero contenía, al mismo tiempo, un germen de ambigüedad. El uso de un mismo sustantivo para dichas acciones se funda en la existencia de un rasgo común a todas ellas, aunque con características distintas: *la vida se acorta o puede abreviarse* tanto con productos o fármacos letales como aplicando analgésicos o renunciando a medios susceptibles de prolongar la existencia.

²⁹ Para el común de la gente, seguramente más claro que estos adverbios abstractos es la expresión “con productos o fármacos letales”.

³⁰ “El término eutanasia en su sentido etimológico (buena muerte) prácticamente ha dejado de tener uso social”: SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CUIDADOS PALIATIVOS, *Declaración sobre la eutanasia*, 3.1 (aprobada el 26-01.2002 y publicada el 24.04.2002).

³¹ Desde hace algún tiempo, como luego se indicará, surgen intentos de ordenar el lenguaje referido a una serie de acciones médicas que, de algún modo, tocan el final de la vida.

Este lenguaje conllevaba un riesgo de confusión. Se trató de obviar este problema imponiendo al sustantivo *eutanasia* la compañía de varios binomios de adjetivos, activa/pasiva, directa/indirecta, positiva/negativa, etc. sobre todo, los dos primeros. Con alguno de estos adjetivos solo o con varios en combinación, distintos autores fueron creando expresiones como eutanasia activa, pasiva, directa, indirecta, activa directa/indirecta, activa positiva/negativa, pasiva directa/indirecta, positiva directa/indirecta, etc. Semejante lista de combinaciones produce, por sí misma, una sensación de galimatías. Si añadimos que filósofos, bioéticos, juristas, médicos no se pusieron de acuerdo en dar el mismo significado a las mismas expresiones, no extraña que se instalara la confusión³². Desde hace años numerosos autores³³ vienen denunciando esta situación que inevitablemente se ha reflejado también en los medios de comunicación social y de la que la opinión pública ha sido una víctima indefensa.

b. Propuesta clarificadora

No contentos con denunciar la situación, algunos han sugerido caminos de salida al enmarañamiento de lenguaje y conceptos³⁴. La propuesta que parece más razonable y goza de mayor aceptación aboga, básicamente, por desandar el itinerario descrito en el apartado anterior, lo cual implica dos medidas. 1ª: restricción en el uso y significado de eutanasia. 2ª: desaparición de los binomios activa/pasiva,

³² Pueden verse ejemplos de los usos y significados tan distintos en: F. J. ELIZARI, *Eutanasia: lenguaje y concepto*: *Moralia* 14 (1992) 148-150.

³³ *Ibidem*, 151.

³⁴ G. Higuera propone el uso de tres términos: eutanasia, ortotanasia y distanasia (con su opuesto de adistanasia). Cf. G. HIGUERA, *Eutanasia: precisiones terminológicas*, en: J. GAFO (ed.), *Dilemas éticos de la medicina actual*, Universidad Pontificia Comillas, Madrid 1986, 141-152. Este lenguaje, asumido por autores destacados de la bioética española, ha sido usado entre nosotros, mucho menos en Italia, Portugal, América Latina. Prácticamente no goza de favor alguno en francés, inglés y alemán. Y su futuro no parece prometedor. Para el significado preciso de estos términos, cf. M. VIDAL, *Moral de actitudes*, II/1. *Moral de la persona y bioética teológica*, PS, Madrid ⁸1991, 506.

directa/indirecta unidos a ella. De esta forma, acciones antes cobijadas bajo el paraguas del término eutanasia, debieran designarse con otro lenguaje menos confuso que el anterior.

1ª. La medida principal consiste en una restricción semántica del término eutanasia³⁵. El sustantivo *solo, sin los adjetivos añadidos* de activa, activa directa, etc. se reservaría para la acción de poner fin a la vida de una persona con productos o fármacos letales para que deje de sufrir.

2ª. Como consecuencia de la medida anterior, hemos de *eliminar definitivamente la funesta y ahora inútil asociación de eutanasia con los binomios de adjetivos activa/pasiva, directa/indirecta*. No tiene sentido seguir hablando de eutanasia activa, pasiva, directa, indirecta, etc.

La propuesta anterior bastante extendida no acaba de recoger una adhesión unánime. Todavía no pocos profesionales de la bioética, la filosofía, la medicina, el derecho siguen alimentando la confusión con el viejo lenguaje. En tal modo de proceder seguramente influyen la inercia, la rutina, la comodidad. Además, algunos parecen instalarse en su propio lenguaje y conceptos, como si ignoraran o se desinterasaran de lo que sucede a su alrededor en esta materia o como si su opción fuera la obligada para el resto.

Con estas dos medidas excluimos del área lingüística de la eutanasia una serie de acciones. Queda pendiente el problema de lograr un acuerdo sobre el lenguaje a usar para designarlas. Durante tiempo y aun hoy usamos otras expresiones más inteligibles para el ciudadano común y menos propensas a la confusión. Por un lado, tenemos las prácticas relacionadas con el dolor, a las que muchos denominan

³⁵ Algunos, debido a la confusa historia semántica que ha rodeado a la eutanasia, llegan a defender la eliminación del sustantivo. Por ejemplo, M. DE HENNEZEL, *Fin de vie: le devoir d'accompagnement. Rapport au Ministre de la Santé*, La Documentation Française, Paris 2003, 149: « Le terme d'euthanasie devrait être évité, car il est source de confusion ». No en el terreno de la discusión teórica sino en el de los hechos, hemos de recordar que la ley holandesa de eutanasia y suicidio asistido, evita absolutamente el término eutanasia. En su lugar se sirve de una descripción “poner fin a la vida [de una persona] a petición” [de la misma].

uso de analgésicos, tratamientos del dolor, terapias del dolor, tratamientos paliativos u otras parecidas. Por otro lado, está la renuncia (no iniciar/desistir) a tratamientos susceptibles de prolongar la vida, a la que se dan nombres como rechazo de la obstinación médica, del ensañamiento o encarnizamiento terapéuticos, renuncia a medios desproporcionados, etc. En la actualidad, se están haciendo meritorios esfuerzos³⁶ por poner orden en el lenguaje y semántica sobre una serie de acciones médicas implicadas en el final de la vida, pero no vislumbro soluciones que logren una adhesión común.

c. *Un punto debatido en el concepto de eutanasia: la voluntariedad*

La propuesta anterior elimina un foco importante de confusión en el debate. Reservado el término para la acción de poner fin intencionadamente a la vida de una persona con el fin de que deje de sufrir, logramos una definición que es un instrumento suficientemente claro para el diálogo. Todos entendemos de qué hablamos.

A pesar de este paso clarificador, existen algunas diferencias acerca del concepto de eutanasia que no debieran eclipsar el núcleo compartido del concepto ni producir una cierta sensación de confusión³⁷. La divergencia más importante versa sobre la voluntariedad.

³⁶ Ver, por ejemplo, P. SIMÓN LORDA - F. J. ALARCOS MARTÍNEZ, *Ética y muerte digna*, ponencia todavía no publicada. En ella se tratan de precisar los significados de eutanasia, suicidio asistido, limitación del esfuerzo terapéutico, rechazo de tratamiento o denegación de consentimiento, sedación paliativa, suspensión de atención médica por fallecimiento.

³⁷ Esta sensación puede surgir simplemente si nos tomamos la molestia de comparar las definiciones dadas por diferentes autores. En cambio, esta primera impresión puede corregirse con un análisis más detenido de dichas definiciones y también gracias a los estudios, escasos en número, que examinan detenidamente la problemática en torno a la definición de eutanasia. Cf. M. GASCÓN-ABELLÁN, *¿De qué estamos hablando cuando hablamos de eutanasia?*: Humanitas 1, n. 1 (2003) 5-12; F. J. ELIZARI, *Eutanasia: lenguaje y concepto*: Moralia 14 (1992) 145-175; T. L. BEAUCHAMP - A. I. DAVIDSON, *The definition of euthanasia*: The Journal of Medicine and Philosophy 4 (1979) 294-312.

¿Tiene que definirse necesariamente la eutanasia como muerte *pedida voluntariamente* por la persona? Durante mucho tiempo y todavía hoy, ha dominado la respuesta negativa. Según esta corriente, la eutanasia es, ante todo, muerte *por piedad*, para acabar con el sufrimiento de la persona. Puede ser voluntaria y no voluntaria; ambas tienen cabida bajo el concepto de eutanasia.

Frente a ella, a finales de la década de los mil novecientos setenta, surge en Holanda otra propuesta. La voluntariedad es rasgo imprescindible, esencial del concepto de eutanasia y debe recogerse en la definición. Hablar de eutanasia voluntaria es una redundancia e impropio utilizar la expresión eutanasia no voluntaria. Ésta es, sencillamente, un homicidio. Semejante concepto, hoy generalizado en Holanda, muy extendido en Bélgica, encuentra bastantes adeptos en otras partes, incluida España.

¿A qué se debe este cambio, a preocupaciones jurídicas, a ideas morales? ¿Ha influido en ello el hecho de que todos los intentos y leyes de despenalización únicamente piensan en la voluntaria? ¿Se debe a que, en la moral secular dominante, una moral de autonomía, la voluntariedad marca una frontera que ha de recogerse en la misma definición de eutanasia?

Seguir manteniendo la voluntariedad como elemento esencial de la noción de eutanasia se ha topado pronto con un problema. En virtud del “Protocolo de Groninga”³⁸ se practica la eutanasia a bebés nacidos con gravísimos problemas, en casos poco numerosos y bajo requisitos muy estrictos. Evidentemente tales muertes no cuentan con el consentimiento de los afectados. Por lo tanto no se ajustan al concepto de eutanasia sostenido por esta corriente. Por otro lado, los autores de estas muertes y buena parte de la opinión holandesa se resisten a calificarlas de homicidio, al ser muertes “por piedad”. Prefieren que se las llame eutanasia con lo cual volveríamos al antiguo y todavía mayoritario concepto de eutanasia, que abarca la voluntaria y la no voluntaria. Hasta ahora sólo se está pidiendo aplicar esta última a bebés. ¿Será el siguiente paso pedirle para otros incapaces de dar su consentimiento: algunos ancianos, dementes, etc.?

³⁸ A él me he referido anteriormente.

3. Cuidados paliativos y despenalización

Cuidados paliativos son “la asistencia total, activa y continuada de los pacientes y sus familias por un equipo multiprofesional cuando la expectativa médica no es la curación. La meta fundamental es dar calidad de vida al paciente y su familia sin intentar alargar la supervivencia. Debe cubrir las necesidades físicas, psicológicas, espirituales y sociales del paciente y sus familiares. Si es necesario, el apoyo debe incluir el proceso de duelo” (Subcomité europeo de Cuidados paliativos).

El título de este apartado “cuidados paliativos y despenalización” indica el punto de mira de mis reflexiones. No se trata de hacer una exposición de la naturaleza, historia, formas de organización, etc. de los cuidados paliativos. Sólo pretendo dar respuesta a la pregunta sobre un punto preciso: ¿Ha de ser tenida en cuenta la situación de los cuidados paliativos a la hora de intentar liberalizar la eutanasia? Fuera de mi atención en este momento quedan otras posibles vinculaciones entre eutanasia y cuidados paliativos. Por ejemplo, el puesto de estos últimos entre una petición de eutanasia o suicidio médicamente asistido y su realización: ¿Con buenos cuidados paliativos la petición de la muerte se desvanece? ¿Han de ser personas y equipos de cuidados paliativos los que dictaminen si un sufrimiento es inaliviable?

a. Los cuidados paliativos, elemento importante del debate

La marginación excesiva de los cuidados paliativos cuando se discute sobre despenalizar la eutanasia es un hecho bien constatado, aunque reflejado de modo desigual. El silencio es prácticamente total en la opinión pública y en los medios de comunicación. Algo parecido sucede entre los juristas. En el mundo de los profesionales de la medicina, la sensibilidad ante este asunto es muy acusada en quienes se dedican a cuidados paliativos y más vaga en el resto. Dentro de los bioéticos crece el número de quienes lo califican de punto clave, pero los estudios detenidos de la cuestión son escasos.

La Organización Mundial de la Salud da prioridad cronológica –y, por supuesto, lógica– a los cuidados paliativos mientras presenten

deficiencias frente a cualquier intento despenalizador, según testimonio de Kathleen Foley³⁹. “La Organización Mundial de la Salud, en su programa de desarrollo de los cuidados paliativos, ha pedido a los gobiernos que no piensen en legislar a favor del suicidio médicamente asistido y de la eutanasia mientras no estén satisfechas las necesidades de sus ciudadanos con servicios de cuidados paliativos”. Y según R. Zittoun, la anulación por el Senado australiano en 1997 de la ley de eutanasia y suicidio asistido aprobada en 1995 en Northern Territory, se debió, en gran medida, a la carencia de buenos cuidados paliativos en dicho territorio, carencia que pudiera hacer de la eutanasia una opción no plenamente libre⁴⁰.

Una cultura y estructura de los cuidados paliativos deben constituir la más alta prioridad⁴¹, una prioridad lógica y temporal sobre una ley despenalizadora. En esta línea se pronuncia J. Barbero. “La eutanasia [...] siempre debería justificarse como último recurso, lo que convierte a los cuidados paliativos en una perspectiva significativa y anterior de obligada oferta. Para admitir como excepcional la eutanasia, previamente habría que exigir como normativa una red de cuidados paliativos de cobertura total y de alta calidad. De no ser así, estaríamos comenzando a construir la casa por la ventana”⁴².

Pudiera pensarse que tal propuesta es propia de autores opuestos por principio a toda despenalización, pero también es apoyada por personas que no tienen reservas de fondo hacia ella. “El problema no

³⁹ Cf. HOUSE OF LORDS, SELECT COMMITTEE ON THE ASSISTED DYING FOR THE TERMINALLY ILL BILL, *Assisted dying for the terminally ill (HL)*, vol. I, *Report*, The Stationary Office Limited, London 2005, 34. Ignoro si K. Foley se refiere al *Informe sobre el tratamiento del dolor y los cuidados paliativos*, 1990: “Al aparecer los métodos modernos de cuidados paliativos, la legislación de la eutanasia voluntaria no es necesaria. Cuando ahora existe una solución posible a los problemas de la muerte en sufrimiento, es preferible concentrar sus esfuerzos en la aplicación de programas de cuidados paliativos antes que presionar para legalizar la eutanasia”.

⁴⁰ Cf. R. ZITTOUN, *Quelle éthique de fin de vie pour le soignants aujourd'hui?*: *Annales d'histoire et de philosophie du vivant* 4 (2001) 140.

⁴¹ Cf. CH. GASTMANS, *a. c.*, 210.

⁴² J. BARBERO GUTIÉRREZ, *Cuidados paliativos*, en: F. J. ELIZARI (ed.), *10 palabras clave ante el final de la vida*, EVD, Estella 2007, 112-113.

es tanto si la eutanasia es permisible o no en ciertos casos [...] sino si estamos dando a las personas que se hallan en situaciones vitalmente comprometidas el debido cuidado, ya que en caso contrario les estamos colocando en situaciones que ellos vivencian peor que la muerte. Atender las peticiones de morir en estas circunstancias, sin procurar que cambien las condiciones de asistencia a los enfermos terminales y a las personas en situaciones difíciles, a cualquiera se le ocurre que es un enorme ejercicio de cinismo”⁴³.

b. Sentido de la propuesta

En los textos citados se apunta, de alguna forma, el fundamento y sentido del planteamiento que estoy desarrollando. No se trata de una estrategia de bloqueo hacia un cambio legal. Los cuidados paliativos se justifican por sí mismos, como una respuesta debida a las necesidades del enfermo. Sería equivocado caer en un militantismo a favor de los cuidados paliativos como reacción a un militantismo a favor de la eutanasia⁴⁴. Su punto de partida es ético, se pretende un mejor servicio al bien y a la libertad de los pacientes que se encaminan hacia su final.

El foco de atención no es una ley, sino las necesidades de la persona. ¿No son los cuidados paliativos un aliado mejor de la libre elección del paciente? Si pensamos en ofrecer al enfermo la eutanasia sin asegurar previamente unos buenos cuidados paliativos, le colocamos en un callejón sin salida, elegir entre encarnizamiento terapéutico/sufrimiento y eutanasia. Los cuidados paliativos permiten superar una alternativa tan trágica.

Quienes en el debate social los silencian parecen colocarse en un punto de partida falso: Dan como cierto el supuesto de que sólo existen dos alternativas: sufrimientos insoportables y eutanasia/suicidio médicamente asistido. En algunos casos, puede ser verdad, pero en la mayoría de los casos, una buena medicina paliativa disuelve esta

⁴³ D. GRACIA, *Como arqueros al blanco. Estudios de bioética*, Triacastela, Madrid 2004, 426.

⁴⁴ Cf. R. ZITOUN, *a. c.*, 138.

disyuntiva trágica. “Sydney Cohen y su esposa [deseosos, en principio, de la eutanasia] descubrieron como muchos otros, que los dos extremos –tener una dolorosa agonía y morir por eutanasia– no agotan las posibilidades para un enfermo terminal. Al hacer este descubrimiento, salieron de un círculo vicioso de desesperación para iniciar un viaje hacia el futuro sustentado por la esperanza”⁴⁵.

Soy consciente de que algunos pueden convertir esta propuesta en un disfraz, aparentemente digno, para bloquear de forma absoluta, por principio, una liberalización legal. Tal derivación es completamente ajena al sentido de la misma. Como se ha repetido, razones éticas están en la base de no iniciar el camino liberalizador sin preguntarse por los cuidados paliativos. Si analizados éstos, se revelan como cuidados de calidad y accesibles a todos, la propuesta ha terminado su misión. Si, por el contrario, el estudio de la situación muestra deficiencias en ellos, la propuesta sigue vigente pero sólo como bloqueo condicionado, temporal, como una moratoria hasta subsanar los defectos.

c. Valoración de los cuidados paliativos

La propuesta bien entendida impone una valoración de los cuidados paliativos. En el momento actual, en España, a pesar de los innegables avances, presentan serias deficiencias en su calidad y accesibilidad a todos. “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. [...] Una gran mayoría de pacientes muere en condiciones precarias, con un sufrimiento innecesario y sin un entorno

⁴⁵ CH. GASTMANS, *a. c.*, 210. P. VERSPIEREN, *Soigner et accompagner jusqu'au bout : significations d'une redécouverte*: Annales d'histoire et de philosophie du vivant 4 (2001) 158 : “El desarrollo de los cuidados paliativos y del acompañamiento pueden contribuir a plantear de otro modo la cuestión de la eutanasia y del suicidio médicamente asistido, disminuyendo los miedos relacionados con el dolor e incomodidades del final de la vida”.

adecuado. En consecuencia sería necesaria una acción más firme en política sanitaria, con más inversiones en personal y en infraestructuras especializadas para mejorar y ampliar este tipo de asistencia”⁴⁶.

No corresponde en este lugar analizar los distintos componentes de unos buenos cuidados paliativos. Con todo, quisiera hacer una observación. Existe un cierto riesgo de que los cuidados paliativos se reduzcan en ocasiones a meras “unidades del dolor”. Ciertamente, el alivio del dolor es un objetivo fundamental, prioritario y mucho más accesible a la medicina actual. Pero, hay un segundo elemento, importantísimo, el de los sufrimientos de orden psicológico, espiritual, etc. Manejarlo bien es mucho más difícil que tratar el dolor por varias razones, entre ellas, la menor preparación de los profesionales. Los cuidados paliativos deben prestar mucha atención a descubrir con respeto y habilidad este posible foco de malestar para el paciente y tratarlo adecuadamente.

Quisiera terminar esta sección con algunos riesgos que amenazan a una buena valoración. Quienes se oponen a la eutanasia por razones de principio pueden caer en el dogmatismo de considerar siempre insuficientes aun los mejores cuidados. Los defensores de una ley permisiva, consciente o inconscientemente, corren el peligro de minimizar las deficiencias. Las prisas, la impaciencia por despenalizar, pueden también enturbiar la mirada.

4. Muerte digna

Esta expresión, de reciente creación⁴⁷, en cierto modo extraña y, por otra parte, atractiva, noble, ha encontrado arraigo en el lenguaje común, pero en su camino, junto a la aceptación incondicional, no le han faltado reservas y hasta rechazos. Las actitudes más negativas

⁴⁶ INSTITUTO BORJA DE BIOÈTICA, *Declaración. Hacia una posible despenalización de la eutanasia*, Barcelona 2005.

⁴⁷ No existen estudios pormenorizados, rigurosos sobre la aparición de esta expresión, sus primeros pasos y su desarrollo posterior. Por otra parte, no es ésta una tarea fácil pues sería necesario rastrear terrenos variados e inmensos: literatura bioética, jurídica, filosófica, médica, medios de comunicación, etc.

vienen de quienes la descartan de plano, llegando hasta ver en “la muerte digna una indignidad”⁴⁸.

a. Evolución de significados

El problema fundamental que padece, una especie de herida profunda y de no sencilla curación, es el de lograr un significado comúnmente compartido, liberado de erratismos y convencionalismos algo arbitrarios.

Ya en sus orígenes y primeros pasos, la muerte digna estuvo asociada fundamentalmente a dos ideas de contenido muy distinto: rechazo del encarnizamiento terapéutico y eutanasia.

Como consecuencia de la evolución tecnológica “muchos pacientes que sufren procesos irreversibles, en fase terminal, son sometidos a lo que se ha llamado de forma poco feliz *masacre terapéutica*. [...] Sondas, tubos por doquier, respiradores y máquinas automáticas, inyecciones sin utilidad real y un sin fin de otros actos”⁴⁹. Semejante “espectáculo” es indigno del ser humano. Esta primera asociación ha conseguido en nuestra sociedad un acuerdo teórico de fondo, sin grandes desavenencias. La vinculación muerte digna y eutanasia, muy controvertida, ha sido vivamente promovida por las “Asociaciones por una muerte digna”.

En la actualidad el problema de los significados de “muerte digna” se ha hecho algo más complejo. Bajo esta expresión sigue acogiendo la reivindicación de la eutanasia, introduciendo nuevos matices. Asimismo, se sigue presentando al encarnizamiento terapéutico como indigno, pero este significado parcial ha quedado subsumido como un elemento más en un nuevo concepto de muerte digna mucho más global. El nuevo significado incorporado a la expresión quizás responde a la pretensión de lograr un concepto compartido, lejos del controvertido que vinculaba casi monopolísticamente muer-

⁴⁸ P. RAMSEY, *The indignity of death with dignity*: Hastings Center Studies 2 (1974) 47-62.

⁴⁹ J. SARABIA ALVAREZUDE, *El derecho a una muerte digna*: El País (03.06.1983) 30.

te digna y eutanasia. Bajo él han encontrado cobijo una serie de exigencias, en general, absolutamente razonables, hasta la demanda de “locales adecuados al momento”⁵⁰. Todo esto se pide en nombre de una muerte digna. Y no se trata de negar tales exigencias. Algunos dudan y hasta niegan que semejante fenómeno integrador de contenidos dispares bajo el paraguas unificador de la muerte digna sea un camino acertado.

En las páginas que siguen, ofrezco un conjunto de anotaciones sobre 1º: el uso parcial de muerte digna referido a la eutanasia y 2º: el uso global que convierte a la expresión en bandera para un agregado de exigencias.

b. Muerte digna y eutanasia

En boca de algunos –no es muy frecuente– la dignidad actúa como una razón añadida para condenar la eutanasia. “Por tanto, una acción u omisión que, de suyo o en la intención, provoca la muerte para suprimir el dolor, constituye un homicidio gravemente contrario a la dignidad de la persona”⁵¹. Idéntico enfoque se encuentra en un documento de los obispos suizos: “la muerte directa e intencional [...] viola gravemente no sólo la prohibición de matar, sino también la dignidad del muriente”⁵². En estos textos, la condena de la eutanasia responde fundamentalmente a su calificación de homicidio. Me pregunto, si la apelación a la dignidad humana en este caso es apropiada, si añade algo real y me inclino a responder negativamente. El homicidio está mal, pero confirmar su valoración negativa presentándolo como una indignidad, ¿no corre el riesgo de convertir a la dignidad en una especie de comodín arbitrario?

En sentido contrario, un uso extendido conecta dignidad y reivindicación de la eutanasia. Semejante conexión se realiza de dos formas, no separadas entre sí. Una acentúa la relación entre muerte

⁵⁰ *Ibidem*.

⁵¹ *Catecismo de la Iglesia Católica*, n. 2277.

⁵² OBISPOS SUIZOS, *La dignidad del muriente*: Il Regno (Documenti) 47 (2002) 496 (IV, 4).

digna (eutanasia) y la autonomía; otra pone más de relieve la muerte digna (eutanasia) como salida digna a una situación indigna vivida por el paciente.

Muerte digna y autonomía. “El control de la muerte, como el de nacimientos, es una cuestión de dignidad humana. Sin ella, las personas son unos títeres”⁵³. Si nos colocamos en la tradición kantiana podríamos comprender y defender tal conexión. A pesar de ello, algunos autores dudan de la pertinencia de esta asociación. “Desde mi punto de vista –escribe M. Vidal– no entra en el contenido de la muerte digna la discusión sobre la aceptación o rechazo de la eutanasia. Es cierto que se puede relacionar la dignidad humana con el valor de la *autonomía personal* y, consiguientemente, con la capacidad ética de disponer de la propia vida; sin embargo, opino que el tratamiento de la eutanasia y del suicido asistido requiere otros planteamientos que no afloran en el principio ético de la muerte digna”⁵⁴.

En parecida línea se manifiesta, A. Cortina que termina expresando reservas a la reivindicación de la eutanasia en nombre de la dignidad. Para ella, dicha petición, vestida como muerte digna es confundir a la gente. Es mucho más claro decir sin subterfugios “muerte elegida voluntariamente”⁵⁵. Todo el mundo lo entiende mejor.

Críticas. Además de la confusión, se percibe una cierta voluntad de apropiación de una expresión noble, atractiva, legítima bandera para todos, para convertirla en patrimonio de unos intereses limita-

⁵³ J. FLETCHER, *The patient's right to die*, en: A. B. DOWNING (ed.), *Euthanasia and the right to death. The case for voluntary euthanasia*, Peter Owen, London 1969, 5.

⁵⁴ M. VIDAL, *Muerte digna*, en: F. JAVIER ELIZARI (DIR.), *10 preguntas clave ante el final de la vida*, EVD, Estella 2007, 183.

⁵⁵ “Si entendemos ‘dignidad’ como la expresión del valor absoluto de la persona, en la línea kantiana de que los seres *autónomos son* en sí valiosos y no deben, por tanto ser instrumentalizados”, desde esta perspectiva podría hablarse de muerte digna. Sin embargo, continúa: “Más que una muerte ‘digna’ pide, para evitar confusiones, una muerte elegida voluntariamente”. A. CORTINA, *Morir en paz*, en: A. COUCEIRO (ED.), *Ética en cuidados paliativos*, Triacastela, Madrid 2004, 358.

dos, parciales. El uso, prácticamente monopolístico de muerte digna para referirlo a la eutanasia, como si aquella no fuera posible sino con esta práctica, ha sido calificado de raptó semántico. “Algunos médicos [y no médicos] hablan de ‘raptó semántico’ a propósito del uso que la ADM [Asociación para el Derecho a una Muerte Digna] hace del término dignidad”⁵⁶.

Un tercer reproche ve, en ocasiones, en este uso lingüístico de la muerte digna un cierto disfraz. Muerte digna es una expresión noble, amable a la que la mayoría abre la puerta de la mente sin recelos. Suena bien. Aprovechándose de tales apariencias, consciente o inconscientemente puede ser utilizada para ocultar la eutanasia voluntaria que quizás suscita más reparos en muchas personas⁵⁷. Por eso, se ha calificado a la expresión como “caballo de Troya” que oculta al enemigo, o también, como hoja de parra o de higuera que oculta las “vergüenzas”. Con lo cual, del disfraz podemos pasar al campo de la manipulación intencionada del lenguaje.

A. Cortina ve en la expresión otro peligro –los partidarios de la eutanasia, la considerarán “ventaja”–: utilizar las expresiones ‘dignidad’ y ‘respeto’ de forma emotivista. Un término se emplea de forma emotivista cuando apelamos a su fuerza *emotiva* para *causar* en otros una *adhesión* a la propia posición, evitando tener que dar precisiones y razones para convencer⁵⁸.

⁵⁶ P. LA MARNE, *Le conflit des valeurs et le débat sur la fin de vie*: Annales d’histoire et de philosophie du vivant 4 (2001) 74.

⁵⁷ No es ésta la única manifestación de querer ocultar o hacer desaparecer del lenguaje la eutanasia voluntaria. Algo parecido sucede con el deseo de sustituir la palabra eutanasia por la expresión “ayudar a morir”, como lo observa McNamara: “Expressions like ‘assisted dying’ may be preferable for pro-euthanasia advocates as they help avoid the negative connotations that will inevitably be associated with euthanasia. However, expressions like ‘assisted dying’ blur the boundary between euthanasia and palliative care, the latter being essentially about providing assistance in dying”. McNAMARA, *Memo-randum*: Boletín de documentación, (Centro de Estudios Políticos y Constitucionales) nn. 31-32 (enero-agosto 2008) 19.

⁵⁸ A. CORTINA, *a. c.*, 356. Ella misma, más adelante, en la nota 36, p. 362, dice: “Tratar a otro como un ser autónomo implica darle razones para que las valore y elija la que encuentre más convincente. Tratar a otro como un ser

Para evitar este peligro, “debería hablarse simple y llanamente de derecho a elegir el momento y la forma de la muerte”⁵⁹. Algo de esto puede suceder de cara a sectores de la opinión pública con la “muerte digna”.

La muerte digna (eutanasia), salida a una situación indigna. Resulta comprensible y al mismo tiempo preocupante calificar de indignidad algunas situaciones del enfermo, y ver en la eutanasia la salida digna a las mismas.

Con frecuencia se califica de indigna la situación vivida por el enfermo en su etapa final. Tal apreciación es comprensible. “Cuando decimos que las personas tienen dignidad, estamos pensando en aquellas que son inteligentes, adultas, autónomas, capaces de llevar a cabo sus propios fines, etc. En ellas es en las que la dignidad se percibe fácilmente, sin problemas. Hay situaciones, por el contrario, en que la dignidad parece oscurecerse. Son aquellas que humillan, que degradan al ser humano. Algo de esto sucede con la enfermedad en general, y con ciertas enfermedades graves y mortales, en particular. En estos casos, o al menos en algunos de ellos, la propia naturaleza puede poner al ser humano contra las cuerdas, haciéndole pasar por situaciones que muchos han descrito como humillantes, y aun como peores que la propia muerte”⁶⁰.

Es comprensible que un enfermo en profunda dependencia, con una imagen corporal y/o mental muy deteriorada, viva su situación como una experiencia humana de indignidad y es comprensible que desde fuera, se la pueda interpretar de la misma forma. Sin embargo, tales juicios e interpretaciones son cuestionables y preocupantes.

En alguna medida, en nuestras manos está el que no surjan y, sobre todo, si aparecen, cambiarlos de signo; no son fatídicos, inevitables. Podemos y debemos ayudar a que el enfermo no vea su situación como indigna y nosotros mismos hemos de mantener la idea de

heterónomo implica intentar manipular sus emociones para conseguir su adhesión”.

⁵⁹ *Ibidem*, 358.

⁶⁰ D. GRACIA, *Morir con dignidad. Dilemas éticos en el final de la vida*, Fundación de Ciencias de la Salud, Madrid 1996.

que el ser humano conserva su fundamental dignidad a pesar de todas las disminuciones y deterioros. Si las circunstancias que la persona atraviesa pueden crear en él una experiencia de indignidad ¿no puede suceder que, en ocasiones, sea una experiencia creada por los otros, a través de sus actitudes, gestos y conductas?

No raramente dignidad e indignidad se asocian a la imagen física y mental de la persona en su final. Un morir digno/indigno se mide por parámetros, por componentes de este orden: independencia o dependencia, cuerpo presentable, en especial, el rostro o degradación corporal y mental, etc.

Este modo de ver tan extendido en nuestra sociedad⁶¹ exaltadora de la autonomía, de la independencia, de la belleza, del buen cuerpo puede, si no estamos atentos, influir en una vivencia de indignidad por parte de los enfermos en el final de la vida. ¿No caemos en creaciones sociales peligrosas para los menos dotados, los más vulnerables, para quienes sufren la decadencia?

Ante esta realidad yo haría una pregunta muy sencilla. ¿Qué contribuye más a que una persona, en su final, tenga una sensación, una experiencia de dignidad personal, de ser alguien valioso para los demás: la posibilidad de la eutanasia, la libertad para acabar con la vida o bien, la solidaridad que se manifiesta en una ayuda eficaz para el mayor bienestar posible del enfermo?

Y en diálogos sobre el asunto de la eutanasia en los más diversos foros, me ha llamado la atención que con no rara frecuencia, son personas “de izquierda” las que insisten en ofrecer a los enfermos un mensaje de libertad, de derecho a escoger la muerte como salida a la indignidad. En tales diálogos apenas se escucha de su boca ni una palabra sobre la salida prioritaria por la solidaridad, por los cuidados paliativos. No dudo de que para ellos es prioritaria la buena atención a las personas en su final, pero ¿cómo explicar el denso silencio sobre este punto y poner en primer plano la eutanasia?

⁶¹ Numerosos testimonios que revelan la difusión de tales ideas se pueden leer en R. COURTAS, *L'intervention de l'individu dans la fin de sa vie*, en: S. NOVAES (dir.), *Biomédecine et devenir de la personne*, Seuil, Paris 1991, 314-345.

c. *Muerte digna. Significado más pleno*

Una serie de autores⁶² han propuesto cobijar bajo el concepto de muerte digna un conjunto de exigencias o prácticas aceptadas comúnmente, no objeto de controversia. Desconozco estudios sobre la aparición y desarrollo de este nuevo concepto amplificado de muerte digna. Gracias a mi seguimiento personal del tema, tengo una cierta intuición de que este cambio es fruto, en buena parte, de pensadores cristianos a los que se ha ido sumando la ética civil.

Los contenidos del concepto amplio de muerte digna se han expresado de varias formas. Me permito reproducir la noción de muerte digna, más global y desarrollada que he encontrado. En ella se recoge una larga lista de derechos reunidos bajo tres capítulos: confidencialidad de los datos de salud, participación activa en la toma de decisiones y cuidados paliativos de alta calidad. Constató –no hay que dar otro significado a mi observación– que este catálogo coloca antes la libertad que la solidaridad. Me inclino a creer que la experiencia de dignidad vivida por el enfermo en su fase final es un fruto más del árbol de la solidaridad que del árbol de la libertad.

La muerte digna “implica el derecho a:

1. A la confidencialidad de sus datos de salud.
2. A participar activamente en el proceso de toma de decisiones, lo que implica el derecho a:
 - a. La información sobre el diagnóstico, pronóstico y tratamiento de la enfermedad, pero a su vez ello incluye el derecho a rechazar la información si así lo desea.
 - b. La decisión sobre los tratamientos que desea recibir, lo que incluye su derecho a rechazar determinados tratamientos, aunque ello pudiera poner fin a su vida.

⁶² Por ejemplo, M. VIDAL, *Muerte digna...*, 186. A esta concepción alude A. CORTINA, *Morir en paz*, en: A. COUCEIRO (ed.), *Ética en cuidados paliativos*, Triacastela, Madrid 2004, 357. También en documentos oficiales de la Iglesia se expone una línea parecida: CONSEJO PERMANENTE DE LA CONFERENCIA EPISCOPAL ALEMANA, *El derecho del hombre a la vida y la eutanasia*: Ecclesia n. 1758 (27.09.1975) 19.

- c. Redactar, cuando todavía es capaz, un “Testamento Vital” lo que implica: Contar con los mecanismos legales y administrativos que garanticen su realización con criterios de equidad y accesibilidad. Expresar sus deseos y preferencias respecto a los tratamientos o cuidados que desea o no recibir cuando él no pueda tomar decisiones por sí mismo. Designar a la persona que actuará como su representante cuando él no pueda decidir, estableciendo las funciones y límites de dicha representación. Reivindicar que dichas indicaciones sean respetadas por sus familiares y por los profesionales que lo cuidan.
3. Recibir cuidados paliativos de alta calidad, lo que implica:
- a. Accesibilidad a dichos cuidados con criterios de equidad.
 - b. Instalaciones sanitarias adecuadas, o soporte domiciliario efectivo.
 - c. Tratamiento adecuado del dolor físico y de otros síntomas.
 - d. Soporte psicológico y alivio del sufrimiento espiritual.
 - e. Sedación paliativa si así lo solicita y consiente.
 - f. Acompañamiento familiar en el proceso de muerte”⁶³.

d. Propuesta extraña

Voy a hacer con claridad una propuesta extraña. Me inclinaría a abandonar la expresión muerte digna tanto en el sentido amplio como en el restringido, aun sabiendo que cualquier deseo en esta dirección está condenado al fracaso y hasta puede interpretarse, sin razón en mi caso, como negación de las reivindicaciones acumuladas bajo ella.

Sentido amplio. Percibo ciertas ventajas en este uso. Nos libera de la excesiva vinculación entre dignidad y eutanasia. Ofrece un concepto que pudiera ser compartido por todos. Dignidad es un cebo muy seductor que quizás suscita más atracción y compromiso por parte de la opinión pública a favor de variadas exigencias relaciona-

⁶³ P. SIMÓN LORDA - F. J. ALARCOS, *Ponencia ética y muerte digna*. Desarrollo.
1. Vida digna y muerte digna.

das con las personas en su final. Sin embargo, me ronda una serie de preguntas: ¿Es apropiado hablar de dignidad para referirse a todas o bastantes de ellas o estamos cayendo en un concepto de muerte digna donde todo lo bueno para la persona lo vestimos de digno? Dichas exigencias se han demandado y demandan por muchos sin necesidad de invocar la dignidad porque parecen gozar de una fundamentación más inmediata. ¿Apelar a la dignidad añade algo importante? ¿Por qué llenarnos la boca de dignidad en cuanto al morir y no con otros mil aspectos y momentos de la vida humana? Y si extendiéramos la dignidad a todos esos otros ámbitos como loásemos con el morir ¿no corremos el peligro de convertirla en una panacea universal retórica, una especie de sustitutivo de lo bueno?

Sentido limitado. Me refiero al uso tan extendido de vincular dignidad (muerte digna) y eutanasia. 1°. Una expresión tan noble, tan aceptable, en principio, por todos, no debiera convertirse en propiedad de unos pocos, al servicio de un significado controvertido. 2°. El gran fundamento de la eutanasia es la libertad personal. ¿Le añade algo importante la apelación a la dignidad? 3°. La vinculación tan destacada entre muerte digna y eutanasia es exagerada y unilateral por dos razones. Primero, porque en la mayor parte de los casos, las situaciones penosas encuentran una buena respuesta en los cuidados paliativos y porque éstos contribuyen más que el hablarles de libertad para morir a que los enfermos tengan una experiencia de dignidad, de ser valorados y apreciados debidamente. 4°. La expresión muerte digna, con frecuencia en los medios y por algunas personas, es empleada de forma ambigua, como disfraz y hasta con intenciones manipuladoras. Mucho más claro que hablar de muerte digna es defender lisa y llanamente la eutanasia voluntaria.

III. CONCLUSIÓN

El objetivo de lograr un debate sobre la eutanasia lo más ponderado y sereno posible pasa necesariamente y en notable medida por los medios de comunicación. Buena parte de la opinión pública está modelada por ellos. Sin los medios, los políticos, los obispos, los profesionales son casi voces silentes. Pero, por otro lado, los medios

recogen todas esas voces y hacen de altavoz de todas ellas, según sus líneas e intereses preferentes.

En un marco tan complejo, esperar un debate casi académico es un sueño sin sentido. Pero, cualquier mejora, por modesta que sea, en cuanto a una información más completa, un mejor grado de ponderación y una mayor serenidad será bienvenida.

