

8. Eutanasia y suicidio asistido. Datos para un debate

El presente Informe tiene por objeto analizar el grado de cumplimiento en Andalucía de los derechos reconocidos en la Ley 2/2010, de 8 de abril, de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de muerte, y es evidente que **entre los derechos consagrados en dicho texto legal no se encuentran incluidos ni la eutanasia, ni el suicidio asistido**. Como señala en su exposición de motivos «la presente Ley no contempla la regulación de la eutanasia».

Ello no obstante, un Informe que pretende reflexionar sobre el concepto de muerte digna difícilmente podía obviar un asunto que concita actualmente el debate social y es objeto de una importante controversia a nivel político y jurídico: la **posible regulación y despenalización de las prácticas de la eutanasia y el suicidio asistido**.

Se trata de un asunto que a pocas personas deja indiferente y que enciende pasiones entre defensores y detractores de su posible legalización. Esta Institución es consciente de que **estamos ante una cuestión en la que concurre un fuerte componente ético y moral**, y frente a la que cualquier toma de posición debe hacerse desde el prisma de la conciencia individual y partiendo de los valores éticos y morales de cada persona.

A este respecto, la exposición de motivos de la Ley 2/2010 señala que «no puede afirmarse que exista consenso ético y jurídico en determinadas situaciones como la de permitir a quien sufre solicitar ayuda para que otra persona termine con su vida».

En este sentido, tras reflexionar detenidamente, hemos llegado a la conclusión de que no sería oportuno ni conveniente que el Defensor del Pueblo Andaluz, como Institución, tome partido o adopte una posición determinada en relación con este debate social.

No obstante, esta opción por la neutralidad en un asunto tan debatido, no puede llevarnos a olvidar que **estamos ante una cuestión que hace tiempo que ha trascendido el ámbito del mero debate intelectual para convertirse en un asunto de relevancia política e interés jurídico**. En este sentido, la legalización de la eutanasia y el suicidio asistido ya no se percibe como una posibilidad utópica o lejana en el tiempo, sino que es una realidad de presente que ha sido objeto de diferentes proposiciones normativas, unas ya debatidas y rechazadas en sede parlamentaria, y otras aún pendientes de deliberación.

En esta tesitura, cuando parece próxima la adopción de una decisión política con relevancia normativa sobre un asunto que nos parece de enorme trascendencia, nos preocupa que muchas personas puedan carecer de información suficiente acerca de cuáles son los términos en que se suscita el debate, incurran en confusión sobre el significado real de algunos conceptos claves o desconozcan cuales son en última instancia las razones y los argumentos que esgrimen detractores y partidarios.

Por ello, hemos considerado que la mejor aportación que desde la Institución del Defensor del Pueblo Andaluz podríamos hacer a este debate social, político y jurídico es tratar de **ofrecer información fiable, contrastada e imparcial** que ayude a las personas interesadas a comprender mejor cuáles son los aspectos legales y éticos sujetos a controversia, cuáles son los derechos e intereses en juego y qué razones y argumentos son las que sustentan las diferentes alternativas en discusión.

Creemos que la decisión que finalmente se adopte en esta materia **debería contar con un apoyo mayoritario de la ciudadanía y estar sustentado en un amplio consenso social**. Y para ello sería necesario involucrar a la ciudadanía en todo el proceso de deliberación y de toma de decisiones, lo que únicamente puede lograrse mediante

la previa traslación a la sociedad de la información y los conocimientos necesarios para que pueda ser protagonista real de un proceso participativo orientado a la codecisión y la corresponsabilidad.

Con el fin de contribuir a que este proceso participativo pueda ser una realidad abordamos el presente apartado, en el que trataremos de ofrecer información sobre las siguientes cuestiones:

En primer lugar, trataremos de delimitar y aclarar algunos conceptos y términos que frecuentemente se confunden.

En segundo lugar, pretendemos ofrecer una somera panorámica del derecho comparado existente en relación a esta materia.

En tercer lugar, expondremos los aspectos esenciales de la legislación española que resulta de aplicación en esta materia y haremos referencia a las propuestas legislativas que sobre esta materia han sido o van a ser objeto de debate en el Congreso de los Diputados.

En último lugar, pretendemos dedicar un espacio a exponer de forma resumida los principales argumentos y razones que esgrimen quienes se postulan a favor o en contra de la legalización de la eutanasia y el suicidio asistido.

8.1. Delimitando conceptos

Términos como **eutanasia o suicidio asistido** son considerados como equivalentes por una mayoría de personas que los identifican con la idea de "ayudar a morir a una persona que desea poner fin a su vida". Sin embargo, desde un punto de vista jurídico o conceptual, no sólo ambos términos difieren en su significado, sino que es posible distinguir distintas variantes dentro de los mismos conceptos.

El concepto fundamental en esta materia es el de "eutanasia", que proviene de una palabra griega compuesta por dos términos "eu" y "tánatos" que significan bien y muerte, respectivamente. Son por tanto términos que aluden a la noción de "buena muerte".

No obstante, dentro de esta idea de "buena muerte", el término eutanasia es utilizado principalmente para hacer referencia a la acción dirigida a evitar sufrimientos a personas que se encuentran próximas a su muerte. Se trata, por tanto de un supuesto de muerte con intervención de una persona distinta a la fallecida, lo que en principio excluye del término la idea del suicidio por propia mano, entendida como aquella acción por la que una persona se da muerte a sí misma sin la intervención o participación de ninguna otra persona.

La Real Academia Española de la Lengua da dos definiciones para la palabra "eutanasia":

Intervención deliberada para poner fin a la vida de un paciente sin perspectiva de cura.

Muerte sin sufrimiento físico.

Pero hay otras definiciones de eutanasia más completas y complejas: *"hace referencia a las acciones realizadas para quitar la vida a un paciente de manera rápida, eficaz e indolora, por petición expresa de este o no, que sufre un dolor físico o psíquico, consecuencia de una enfermedad incurable o de un estado que hace que conciba su vida como inaceptable, indigna o como un mal"*⁷².

72. De Miguel Sánchez, C. , López Romero, A. Eutanasia y suicidio asistido: conceptos generales, situación legal en Europa, Oregón y Australia (I). Medicina Paliativa, vol. 13, nº 4, 2006, pp. 207-215, ISSN 1134-248X. [Consulta 27-10-2017]. Disponible en: <https://eutanasia.ws/hemeroteca/j23.pdf>

Algunos autores distinguen entre “**eutanasia directa o indirecta**” y entre “**eutanasia activa y pasiva**”, para diferenciar aquellos casos en que la muerte es consecuencia directa e inmediata de la acción de un tercero -eutanasia directa o activa-, de aquellos supuestos en que la muerte no es consecuencia directa de la acción de otra persona sino resultado indirecto de dicha acción u omisión -eutanasia indirecta o pasiva.

Desde una óptica penalista y en un contexto sanitario, la doctrina distingue entre **eutanasia activa y eutanasia pasiva**, entendiendo por eutanasia activa cuando es el médico quien produce directamente la muerte del paciente, y entendiendo por eutanasia pasiva la limitación del esfuerzo terapéutico consistente en la retirada de un soporte vital a un enfermo que lo ha pedido ejercitando su derecho a no recibir un tratamiento médico o a solicitar su retirada. Se entiende en este último caso que no es una acción directa dirigida a provocar la muerte, sino una omisión.

Como contraposición a estos conceptos se entiende que existe **suicidio asistido** cuando un médico, a petición de un enfermo terminal, le facilita un medicamento capaz de producirle la muerte y es el paciente quien realiza la acción de ingerirlo poniendo fin a su vida.

La Ley 2/2010, de 8 de abril, de garantías y derechos de la dignidad de la persona en el proceso de muerte, en su excelente exposición de motivos, hace referencia a la posible confusión terminológica en torno al concepto de eutanasia:

“Etimológicamente el término sólo significa “buena muerte” y, en este sentido etimológico, vendría a resumir de excelente manera el ideal de la muerte digna. Sin embargo, esta palabra se ha ido cargando de numerosos significados y adherencias emocionales, que la han vuelto imprecisa y necesitada de una nueva definición. Para deslindar sus

diversos significados se han introducido adjetivos como 'activa', 'pasiva', 'directa', 'indirecta', 'voluntaria' o 'involuntaria'. El resultado final ha sido que la confusión entre la ciudadanía, profesionales sanitarios, los medios de comunicación y, aun, los expertos en bioética o en derecho, no ha hecho sino aumentar."

A fin de clarificar esta confusión la exposición de motivos apuesta por una delimitación del concepto basada en la descripción del conjunto de elementos que deben darse necesariamente para que pueda hablarse propiamente de eutanasia:

«Como un intento de delimitar el significado de la palabra eutanasia existe hoy en día una tendencia creciente a considerar solo como tal las actuaciones que: a) producen la muerte de los pacientes, es decir, que la causan de forma directa e intencionada mediante una relación causa-efecto única e inmediata, b) se realizan a petición expresa, reiterada en el tiempo, e informada de los pacientes en situación de capacidad, c) se realizan en un contexto de sufrimiento debido a una enfermedad incurable que los pacientes experimentan como inaceptable y que no ha podido ser mitigado por otros medios, por ejemplo, mediante cuidados paliativos, y d) son realizadas por profesionales sanitarios que conocen a los pacientes y mantienen con ellos una relación clínica significativa.»

Esta definición de eutanasia deja claramente fuera del concepto todas aquellas acciones u omisiones cuya finalidad no sea producir la muerte de forma directa e intencionada. Esto significa que decisiones como la retirada de medidas en el marco de la limitación del esfuerzo terapéuticas o la sedación paliativa deban considerarse como prácticas ajenas y diferentes al concepto de eutanasia.

Es cierto que la decisión de retirar alguna medida terapéutica, como puede ser quitar una sonda nasogástrica o desconectar un respirador artificial puede, en alguna medida, contribuir a acelerar el momento

de la muerte, pero se trata de medidas que no son adoptadas con tal fin, sino con el objetivo de evitar un sufrimiento innecesario al paciente evitando situaciones de obstinación o encarnizamiento terapéutico en aquellos supuestos en que la ciencia y la praxis médica concluyen la inutilidad de la medida asistencial.

Del mismo modo, la sedación paliativa, tal y como está regulada en la Ley 2/2010, no puede en ningún caso ser confundida con una forma o modalidad de eutanasia ya que su finalidad no es producir la muerte del paciente, sino evitarle un sufrimiento innecesario eliminando síntomas refractarios que pueda estar padeciendo.

En este sentido, el Protocolo de Sedación Paliativa⁷³ aprobado por el Servicio Andaluz de Salud distingue entre la sedación paliativa aplicada a pacientes en proceso de muerte pero que aún no se encuentran en fase agónica y la aplicada a los pacientes en agonía:

«Sedación Paliativa (SP): Es la administración de fármacos, previo consentimiento informado, para reducir el nivel de conciencia de un paciente, tanto como sea preciso para aliviar uno o varios síntomas refractarios. Es siempre una sedación primaria, ya que la sedación secundaria a la aplicación de otros tratamientos paliativos (opioides, etc.) no se considera sedación paliativa.

Puede ser superficial o profunda, ya que se gradúa su profundidad buscando el nivel menos profundo que logre la respuesta adecuada: el alivio del síntoma refractario. Y puede ser continua o intermitente, según permita o no intervalos libres de sedación.

73. Grupo de Trabajo de Sedación, Hospital Universitario Virgen Macarena y Área. Protocolo de Sedación Paliativa. [Sevilla]: Junta de Andalucía, Consejería de Salud, Servicio Andaluz de Salud, [2011]. Aprobado por la Subcomisión de Ética Asistencial y la Comisión Central de Calidad Asistencial. Versión 02, 2011. [Consulta 22-10-2017]. ISBN 978-84-691-9798-1. Disponible en: http://www.hospital-macarena.com/usr/home/hospital-macarena.com/web/images/file/profesionales/documentos_clinicos_interes/PROTOCOLO_SEDACION.pdf

Sedación Paliativa en la Agonía (SPA): Es la sedación paliativa que se utiliza en la situación de agonía, también llamada “de últimos días”. Es continua, y tan profunda como sea necesario para aliviar un sufrimiento intenso, físico o psicológico, en un paciente cuya muerte se prevé muy próxima. El nombre “Sedación Terminal” es confuso y proponemos evitarlo. Son más adecuados los términos “Sedación Paliativa en la Agonía”, o simplemente “Sedación en la Agonía”.»

La Ley 2/2010, deja meridianamente claro que la **sedación paliativa** en los dos supuestos contemplados **no supone una práctica eutanásica** ya que no pretende acelerar la muerte del paciente terminal, sino evitarle sufrimientos aliviando los síntomas refractarios que pueda estar sufriendo. En caso de que la sedación paliativa contribuya en alguna medida a anticipar el momento del fallecimiento, se trataría de una consecuencia indirecta, no querida o no buscada con la aplicación de esta medida.

8.2. Derecho comparado

Aunque la eutanasia y el suicidio asistido no están legalizados en España, sí existen **legislaciones en otros países** que regulan o legalizan algunas de estas prácticas. Veamos las principales legislaciones al respecto, siguiendo la descripción contenida en el artículo de la revista bioética, titulado “Eutanasia y suicidio asistido en países occidentales: una revisión sistemática”⁷⁴:

74. Parreiras Reis de Castro, Mariana, [et al.]. Eutanasia y suicidio asistido en países occidentales: una revisión sistemática . Revista Bioética [en línea] 2016, 24 [Fecha de consulta: 5 de octubre de 2017] Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/bioet/v24n2/es_1983-8034-bioet-24-2-0355.pdf. ISSN 1983-8042

Colombia

Colombia es el único país de América Latina donde se permite la eutanasia. Se despenalizó en 1997 por una decisión del Tribunal Constitucional. Hasta 2015 se consideró como "asesinato por compasión", de acuerdo con el artículo 326 del Código Penal. Actualmente, la práctica está regulada por la Resolución 12.116/2015 del Ministerio de Salud y Protección Social⁷⁵, que establece los criterios y procedimientos para garantizar el derecho a la muerte digna.

Las drogas por vía intravenosa pueden ser administradas por los médicos en los hospitales para pacientes adultos con enfermedades terminales que provocan dolor intenso y sufrimiento significativo que no pueden aliviarse. El paciente debe, conscientemente, solicitar la asistencia de la muerte, que deberá ser autorizada y supervisada por un médico especialista, un abogado y un psiquiatra o psicólogo. Por otra parte, la legislación vigente no prohíbe la asistencia a pacientes extranjeros.

Estados Unidos

El suicidio asistido es legal en cinco de los cincuenta estados de Estados Unidos: Oregón, Washington, Montana, Vermont y California. En Nuevo México se aprobó una legislación afín a la práctica en 2014, pero la decisión fue revocada con una apelación en agosto del año 2015.

El primer estado en legalizar el suicidio asistido fue Oregón, el 27 de octubre de 1997, con la aprobación del "Acta de muerte

75. Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 12.116/2015, de 20 de abril, en relación con las directrices para la organización y funcionamiento de los Comités para hacer efectivo el derecho a morir con dignidad. [consultado 6 octubre 2017]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci_C3_B3n_201216_20de_202015.pdf

con dignidad⁷⁶, que permite a los adultos (mayores de 18 años) competentes (capaces de expresar conscientemente su voluntad), residentes de Oregón, con enfermedades terminales y con esperanza de vida de menos de seis meses, recibir medicamentos en dosis letales, a través de la autoadministración voluntaria, expresamente prescritos por un médico para este fin. De acuerdo con la Ley, la autoadministración de estos fármacos letales no se considera suicidio, pero sí muerte con dignidad.

En marzo de 2009, el estado de Washington aprobó el "Acta de muerte con dignidad"⁷⁷, casi idéntica a la de Oregón, por la cual los adultos competentes que viven en la zona, con una esperanza de vida de seis meses o menos, pueden requerir la autoadministración de un medicamento letal prescrito por un médico.

En el estado de Montana, el Tribunal Supremo dictaminó, el 31 de diciembre de 2009⁷⁸, que el suicidio asistido no era ilegal. Según el Tribunal Supremo los pacientes deben ser adultos, mentalmente competentes y con enfermedades terminales para solicitar medicamentos letales. Los médicos que prescriben los medicamentos están protegidos por la ley.

En Vermont, el suicidio asistido fue legalizado el 20 de mayo de 2013, por la Ley 39⁷⁹, relacionada con "La elección del paciente y control en el final de la vida". El derecho a la muerte asistida está reservado para los pacientes adultos residentes de Vermont, con esperanza de vida inferior

76. Estados Unidos de América, Oregón: Oregon Death with Dignity Act; 1994/1997 [Consultado 6 de octubre de 2017] Disponible en : <https://www.deathwithdignity.org/states/oregon/>

77. Estados Unidos de América, Washington: Washington Death with Dignity Act; 2008. [Consulta 10-10-2017] Disponible en: <https://www.deathwithdignity.org/states/washington/>

78. Estados Unidos de América, Montana: Decisión del Tribunal Supremo del Estado de Montana, 2009. [Consulta 11-11-2017]. Disponible en: <https://www.deathwithdignity.org/states/montana/>

79. Estados Unidos de América, Vermont: Patient Choice and Control at the End of Life Act; 2013. [Consulta 11-11-2017]. Disponible en: <https://www.deathwithdignity.org/states/vermont/>

a seis meses, pudiendo solicitar el tratamiento de forma voluntaria y autoadministrarse la dosis de la medicación.

El 5 de octubre de 2015, el Gobernador de California firmó el Proyecto de Ley, también llamado "Acta de opción de fin de la vida"⁸⁰, que permite el suicidio asistido para los adultos competentes, residentes del estado, con enfermedades terminales y con esperanza de vida de menos de seis meses. La ley, que entró en vigor en 2016, se basó en la Ley de Oregón, de 1997.

Con ocasión de las elecciones presidenciales de Estados Unidos el 8 de noviembre de 2016 el Estado de Colorado aprobó la Proposición 106⁸¹ que permite el suicidio asistido. La medida permite que adultos que sufren una enfermedad terminal puedan dar fin a su vida mediante un medicamento prescrito por un profesional de la salud.

Por su parte el Distrito de Columbia, Capital de Estados Unidos, aprobó en diciembre de 2016 una Ley⁸² que despenalizaba el suicidio asistido, Ley que entro en vigor en febrero de 2017 y permite a los médicos prescribir medicamentos letales a pacientes con una esperanza de vida menor a seis meses. Los pacientes habrían de hacer dos peticiones en un periodo de dos semanas e ingerir los medicamentos ellos mismos.

80. Estados Unidos de América, California: End of Life Option Act; 2016. [Consulta 13-10-2017]. Disponible en: <https://www.deathwithdignity.org/states/california/>

81. Estados Unidos de América, Colorado: End of Life Options Act; 2016. [Consulta 16-10-2017]. Disponible en: <https://www.deathwithdignity.org/states/colorado/>

82. Estados Unidos de América, District of Columbia: Death with Dignity Act; 2017. [Consulta 17-10-2017]. Disponible en: <https://www.deathwithdignity.org/states/district-of-columbia/>

Canadá

En febrero de 2015, después de seis años de debate, el Tribunal Supremo suspendió la prohibición de la eutanasia y del suicidio asistido. Se estableció un período de gracia de un año, durante el cual el gobierno federal y los gobiernos provinciales de Canadá, así como los profesionales de la salud, debían prepararse para implementar la nueva ley. En enero de 2016 el plazo se extendió durante cuatro meses, fijando el día 6 de junio como límite para la legalización oficial de la muerte asistida y para que los gobiernos provinciales establecieran sus directrices. En caso de que esto no ocurriera, la actividad sería legal en el país.

Quebec fue la primera provincia en regular la muerte asistida a través del "Acta sobre el cuidado en el fin de la vida", que entró en vigor en diciembre del año 2015. Aprobada durante el año anterior, y basada en las leyes de Oregón, el Acta abarca a los adultos capaces diagnosticados con enfermedades graves e incurables, empeoramiento avanzado e irreversible de sus capacidades, además de intenso sufrimiento físico y psicológico. Sin embargo, no exige una esperanza de vida máxima de seis meses. De acuerdo con el Acta, "la asistencia médica para morir" consiste en la administración, por un médico, de sustancias letales, después de la solicitud del paciente.

Los demás territorios canadienses también se movilaron para la regulación de la muerte asistida. En noviembre de 2015, un grupo creado por los gobiernos provinciales emitió un informe de asesoramiento a las provincias, con el objetivo de elaborar sus propias directrices. En enero de 2016, el Colegio de Médicos y Cirujanos de Ontario publicó las "Directrices provisorias sobre la muerte asistida", regulando la eutanasia y el suicidio asistido, con criterios similares a los adoptados por Quebec.

En mayo de 2016 el Parlamento de Canadá, ante la constatación de que la mayoría de los gobiernos provinciales seguían sin dictar regulación

alguna, aprobó la Ley de modificación del Código Penal⁸³. Esta Ley contempla el derecho al suicidio asistido para los adultos mayores de 18 años con condiciones médicas irreversibles y cuya "muerte natural sea razonablemente previsible". Los solicitantes deberán presentar su petición por escrito y contar con el respaldo de dos testigos y dos médicos o enfermeras independientes. La normativa contempla un "período de reflexión" obligatorio de 15 días en los que el solicitante puede retirar su petición. Excluye, aunque no categóricamente, a los enfermos mentales y "menores maduros", cuyas solicitudes deberán ser analizadas por varios equipos independientes.

Australia

En Australia la eutanasia y el suicidio asistido son ilegales a nivel federal. En 1995 el Estado del Norte aprobó una Ley que legalizaba la eutanasia. En 1997 el parlamento federal aprobó una Ley que declaraba ilegal esta práctica y anulaba la legislación del Estado del Norte.

En octubre de 2017 el Estado de Victoria ha aprobado una Ley⁸⁴ que conlleva la legalización del suicidio asistido. Se trata de una legislación bastante restrictiva y que exige el cumplimiento de un elevado número de requisitos para que pueda llevarse a la práctica. Actualmente se debate en el Parlamento Federal acerca de la competencia de los Estados para regular de forma independiente en esta materia.

83. Canadá, Parlamento de Canadá: Modificación del Código Penal y relación de enmiendas para la asistencia médica en la muerte, 2016. [Consulta 4-10-2017]. Disponible en: [https://www.eutanasia.ws/_documentos/Politica/internacional/16 20Ley 20Canadá 20C-14_3 20esp.pdf](https://www.eutanasia.ws/_documentos/Politica/internacional/16%20Ley%20Canadá%20C-14_3%20esp.pdf)

84. Simons, X. (21 Oct 2017). :Voluntary Assisted Dying Bill passes Victoria's Lower House [consulta 17 Nov 2017]. Disponible en: <https://www.bioedge.org/bioethics/voluntary-assisted-dying-bill-passes-victorias-lower-house/12485>. Traducción al español de Montero, E.: La Cámara Baja del Parlamento australiano de Victoria aprueba un proyecto de ley sobre Muerte asistida voluntaria [consulta 17 Nov 2017]. Disponible en: <https://www.bioeticablog.com/la-camara-baja-del-parlamento-australiano-de-victoria-aprueba-un-proyecto-de-ley-sobre-muerte-asistida-voluntaria/>

Bélgica

Desde septiembre de 2002⁸⁵, la eutanasia voluntaria está permitida en Bélgica para personas mentalmente capaces, que sufren de enfermedades incurables, incluyendo enfermedades mentales, que producen un sufrimiento físico o psicológico insoportable. El suicidio asistido no está regulado expresamente por la ley, pero los casos denunciados ante la Comisión Federal de Control y Evaluación de la eutanasia se tratan igual que la eutanasia.

La legislación belga es similar a la holandesa, sin embargo, si el paciente no es terminal, el médico debe consultar a un tercer especialista independiente y al menos debe transcurrir un mes entre la solicitud del paciente y el acto de la eutanasia.

El 13 de febrero de 2014, Bélgica eliminó la restricción de edad para la eutanasia, con la nueva ley los niños de cualquier edad pueden requerir la eutanasia, siempre que sean capaces de entender las consecuencias de sus decisiones, certificado por un psicólogo o psiquiatra infantil. El niño debe estar en condición terminal, con sufrimiento físico constante e insoportable, que no pueda ser aliviado. La decisión del niño debe ser apoyada por sus padres o representantes legales, quienes tienen derecho de veto. A pesar de que la restricción de edad no es impuesta por la ley, el niño debe mostrar capacidad de discernimiento y ser consciente en el momento de hacer el pedido.

85. Ley de la Eutanasia, 2002. [Consulta 18-10-2017]. Disponible en: https://www.eutanasia.ws/_documentos/Politica/internacional/Ley 20belga 20eutanasia 20esp.pdf

Luxemburgo

El 16 de marzo de 2009⁸⁶, la eutanasia y el suicidio asistido se legalizaron en Luxemburgo, y en la actualidad están reguladas por la Comisión Nacional de Control y Evaluación. La ley cubre a los adultos capaces, portadores de enfermedades incurables y terminales que causen sufrimiento físico o psicológico constante e insoportable, sin posibilidad de alivio.

El paciente debe solicitar el procedimiento a través de sus "Disposiciones para el final de la vida", documento escrito que es obligatoriamente registrado y analizado por la Comisión Nacional de Control y Evaluación. El documento también permite al paciente registrar las circunstancias en las que se sometería a la muerte asistida, que se realiza por un médico de confianza del solicitante. La solicitud puede ser revocada por el paciente en cualquier momento, y en este caso se eliminará del registro médico. Antes del procedimiento, el médico debe consultar a otro experto independiente, al equipo de salud del paciente, y a una "persona de confianza" nombrada por él; después de su finalización se debe informar a la Comisión dentro de los ocho días.

Suiza

Se permite el suicidio asistido en Suiza y, de conformidad con el artículo 115 del Código Penal de 1918, la práctica sólo es punible cuando es realizada por razones "no altruistas". A diferencia de otros países, como Holanda, y algunos estados de Estados Unidos,

86. Ley de 16 de marzo de 2009 relativa a los cuidados paliativos, a la directiva anticipada y al acompañamiento al final de la vida. Diario Oficial del Gran Ducado de Luxemburgo, 16-3-2009, A- nº 46. [Consulta 20-10-2017]. Disponible en: https://www.eutanasia.ws/_documentos/Politica/internacional/Ley 20Luxemburgo 20esp.pdf

el suicidio asistido no está regulado con claridad, y no existen leyes específicas que determinen en qué condiciones una persona puede pedir la asistencia.

A pesar de que el artículo 115 no fue desarrollado originalmente para la regulación de esta práctica, a partir de la década de 1980 muchas instituciones de apoyo a la muerte asistida lo usaron como base para justificar sus acciones. En la actualidad, seis instituciones en actividad son responsables de la mayoría de los casos de suicidio asistido en el país, con diferentes criterios de selección de los candidatos.

Sólo tres instituciones restringen la asistencia a los pacientes con enfermedades terminales, y los extranjeros también pueden ser atendidos en cuatro de ellos. Se estima que entre 2008 y 2012, 611 extranjeros recibieron el tratamiento para morir. Durante este período, los extranjeros representaron casi dos tercios de todos los casos. El servicio ha atraído considerable número de pacientes al país, los llamados "turistas del suicidio".

También se permite la atención de personas con enfermedades mentales, pero el Tribunal Supremo exige un informe psiquiátrico que indique que el deseo del paciente fue auto-determinado y bien considerado, y no parte de su trastorno mental..

Los médicos que prescriben el fármaco son responsables del proceso, debiendo siempre informar al paciente sobre su enfermedad y las posibles alternativas. Sin embargo, una relación médico-paciente bien establecida no es requisito previo para la práctica, y por lo general estos médicos no están presentes en el momento de la muerte.

Holanda

En abril de 2002⁸⁷, tanto la eutanasia como el suicidio asistido se regularon y ya no fueron punibles en los Países Bajos, después de más de treinta años de debate. Antes de la legalización, estas prácticas fueron toleradas por algunas décadas, habiendo sido informadas por los médicos holandeses desde 1991.

El proceso de muerte asistida debe enmarcarse en diversos criterios muy similares a los utilizados en Bélgica y Luxemburgo. En los tres países, el paciente debe ser capaz, realizar una solicitud voluntaria y ser paciente con enfermedades crónicas que causan intenso sufrimiento físico o psicológico. El médico debe informar al paciente acerca de su estado de salud y esperanza de vida, para que juntos puedan concluir que no existe otra alternativa razonable. Además, otro médico debe ser consultado sobre el caso y todos los procedimientos se deben informar a las autoridades.

Las personas con demencia también son elegibles, así como los niños, entre 12 y 17 años, con capacidad mental comprobada. Los padres o tutores también deben estar de acuerdo con el acto en el caso de pacientes entre los 12 y 15 años y participar de las discusiones en el caso de pacientes entre los 16 y los 17 años. En algunas circunstancias específicas, la muerte asistida puede aplicarse también a los recién nacidos, de acuerdo con las regulaciones del "Protocolo de Groningen".

A finales de 2016 el Gobierno holandés elevó al parlamento una propuesta⁸⁸ para ampliar los supuestos de suicidio asistido a casos de

87. "Termination of Life on Request and Assisted Suicide (Review Procedures) Act" from 2002. [Consulta 4-10-2017]. Disponible en: https://www.eutanasia.ws/_documentos/Politica/internacional/Holanda Ley Termin_vida esp.pdf

88. http://www.defensordelpuebloandaluz.es/sites/default/files/propuesta_modificacion_holanda.pdf

personas mayores que, sin tener una enfermedad terminal ni padecer sufrimientos insoportables, considerasen que ya han agotado su ciclo vital y desearan morir. Se trataría de incluir en la norma el denominado "cansancio vital". La propuesta no detalla la edad a partir de la cual se podría pedir el suicidio asistido. Tanto la sociedad holandesa como el Parlamento se muestran divididos sobre esta propuesta.

La propuesta remitida justifica la misma señalando lo siguiente: *"No hay salida para los que ya no deseen vivir porque estiman completo su ciclo. Han perdido a sus seres queridos y a sus amigos, y caen en la apatía y el cansancio vitales. El Gobierno piensa que su búsqueda de ayuda para acabar con todo es legítima"*. La propuesta ha sido remitida por los ministerios de Justicia y Sanidad y establece que *"cuando a la falta de perspectivas se añade un deseo persistente, libre y activo, es posible actuar"*. Como requisitos se estipula que será necesario *"que un asistente cualificado mantenga una serie de conversaciones con el afectado"*. *"Tras una segunda revisión del caso, efectuada por otro ayudante, este puede recetar el fármaco letal que será recogido en una farmacia"*. La propuesta contempla la creación de una nueva disciplina dedicada exclusivamente a este tipo de ayuda y para la que habría que recibir formación de medicina, psicología y enfermería.

La propuesta aún no ha sido debatida, ni votada en el Parlamento holandés.

8.3. Regulación actual en España y Andalucía. Propuestas regulatorias

Actualmente **en España tanto la práctica de la eutanasia como el suicidio asistido son ilegales y el Código Penal las sanciona como delitos.**

«Artículo 143

1. El que induzca al suicidio de otro será castigado con la pena de prisión de cuatro a ocho años.
2. Se impondrá la pena de prisión de dos a cinco años al que coopere con actos necesarios al suicidio de una persona.
3. Será castigado con la pena de prisión de seis a diez años si la cooperación llegara hasta el punto de ejecutar la muerte.
4. El que causare o cooperare activamente con actos necesarios y directos a la muerte de otro, por la petición expresa, seria e inequívoca de éste, en el caso de que la víctima sufriera una enfermedad grave que conduciría necesariamente a su muerte, o que produjera graves padecimientos permanentes y difíciles de soportar, será castigado con la pena inferior en uno o dos grados a las señaladas en los números 2 y 3 de este artículo.»

Como señala J.L. Beltrán⁸⁹ *"Para la eutanasia y el suicidio asistido es necesaria, por tanto, una conducta activa y directa, quedando impunes comportamientos omisivos e indirectos. Se distingue el suicidio asistido del homicidio eutanásico en que, si bien en ambos supuestos la voluntad de morir del paciente es la misma, en el suicidio médicamente asistido la actuación del médico no impide que el suicida tenga la última palabra, esto es, pueda decidir, finalmente, no ejecutar la acción que le producirá la muerte, mientras que en el homicidio eutanásico es el médico quien ejecuta la acción que producirá la muerte."*

89. Beltrán Aguirre, Juan Luis. El Tribunal europeo de derechos humanos y el suicidio asistido : cambio sustancial de postura en su sentencia de 14 de mayo de 2013. Revista Aranzadi Doctrinal, Nº. 5 ,septiembre 2013, pp. 79-86. ISSN1889-4380

En el caso de Andalucía, como señalábamos anteriormente, **la Ley 2/2010 no recoge ningún supuesto de eutanasia o suicidio asistido.**

En los últimos años el debate político en torno a la posible legalización de la eutanasia y el suicidio asistido ha sido recurrente y los partidos políticos han empezado a posicionarse en relación a tal posibilidad. Así durante las últimas campañas electorales han sido varios los partidos que han incluido esta cuestión en sus programas electorales o han adoptado posturas favorables o desfavorables en torno a la misma.

Estas tomas de posición se han concretado en **propuestas normativas**, más o menos desarrolladas, que en algún caso ya han sido formalmente planteadas y debatidas en el Congreso de los Diputados y, en otros casos, han sido propuestas pero aún no han sido debatidas.

El caso más significativo es el de la Proposición de Ley Orgánica presentada por el Grupo Parlamentario Confederal de Unidos Podemos-En Comú Podem-En Marea, admitida a trámite por la Mesa del Congreso el 26 de enero de 2017⁹⁰.

Se trata de un texto articulado con cinco Títulos, 17 artículos, una Disposición Adicional, una Disposición Derogatoria y tres Disposiciones Finales. Su contenido, según el resumen incluido en la exposición de motivos es el siguiente:

«En el título I se recoge que el objeto de la presente ley será el de regular el derecho que asiste a las personas a solicitar ayuda médica para poner fin a su vida en determinadas circunstancias. Se indican los

90. Grupo Parlamentario Confederal de Unidos Podemos-En Comú Podem-En Marea. Proposición de Ley Orgánica sobre la eutanasia [expediente 122/000060]. Boletín Oficial de las Cortes Generales, Congreso de los Diputados, serie B, núm. 77-1, 30-1-2017, pp. 1. [Consulta 13-11-2017]. Disponible en: http://www.congreso.es/public_oficiales/L12/CONG/BOCG/B/BOCG-12-B-77-1.PDF#page=1

principios y valores fundamentales presentes en esta ley, especificando su ámbito de aplicación, así como la necesidad de que los poderes públicos actúen para garantizar el ejercicio de los derechos aquí recogidos en condiciones de equidad y universalidad. Finalmente, se recoge una serie de definiciones de términos básicos a efectos de esta ley.

El título II recoge las condiciones que toda persona deberá cumplir a la hora de ejercer el derecho a recibir asistencia sanitaria para finalizar con su vida, describiéndose básicamente los procedimientos que deberá realizar y los plazos para ello

En el título III se establecen las obligaciones que tendrán que cumplir los profesionales sanitarios en el desarrollo de los derechos regulados por esta ley. Se indica cuál ha de ser el procedimiento administrativo de notificación de los casos de eutanasia llevados a cabo y de las solicitudes denegadas.

El título IV recoge las garantías necesarias para que la prestación derivada de los derechos recogidos en la presente ley se pueda llevar a cabo en condiciones de libertad, accesibilidad, justicia y equidad. En este título queda regulada la objeción de conciencia por parte de los profesionales sanitarios directamente relacionados con el ejercicio de la eutanasia, así como el papel de las instituciones públicas a la hora de salvaguardar que esto no suponga una traba en el acceso a los derechos de las personas que lo soliciten.

En el título V se establecen las características y las funciones de las comisiones que deberán evaluar el correcto desarrollo y cumplimiento de la presente ley, y llevar a cabo una función de información y divulgación de dicho desarrollo.

En la parte final, la disposición adicional remitirá toda infracción al régimen sancionador de la Ley 14/1986, General de Sanidad. Tras una

disposición derogatoria general, la disposición final primera abordará la modificación del Código Penal, mientras las dos restantes instarán a la habilitación normativa de la ley e informarán de su entrada en vigor.»

Esta proposición de Ley Orgánica fue debatida⁹¹ por el Pleno del Congreso de los Diputados el 27 de marzo de 2017 y rechazada en votación con 86 votos favorables, 132 en contra y 122 abstenciones

También cabe destacar la Proposición no de Ley del Grupo Parlamentario de Esquerra Republicana, presentada ante la Comisión de Justicia el 22 de junio de 2017, «sobre la despenalización de los actos que proporcionen o faciliten la muerte digna y sin dolor de otra persona, a petición expresa, libre e inequívoca de esta».⁹²

El texto de la proposición es el siguiente:

«El Congreso de los Diputados insta al Gobierno español a:

Impulsar la modificación del apartado 4 del artículo 143 de la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal para que quede exento de pena quien, mediante actos necesarios o de cooperación activa, permitiese, proporcionase o facilitase la muerte digna y sin dolor de otra persona, a petición expresa, libre e inequívoca de ésta, en el caso de que sufriese una enfermedad grave que hubiese conducido necesariamente a su muerte o le provocase graves sufrimientos

91. Debate de la toma en consideración de la Proposición de Ley Orgánica del Grupo Parlamentario Confederal de Unidos Podemos-En Comú Podem-En Marea, Orgánica sobre la eutanasia [expediente 122/000060]. Diario de Sesiones del Congreso de los Diputados, Pleno y Diputación Permanente, núm. 40, 21-3-2017. [Consulta 13-11-2017]. Disponible en: http://www.congreso.es/public_oficiales/L12/CONG/DS/PL/DSCD-12-PL-40.PDF#page=19

92. Grupo Parlamentario de Esquerra Republicana. Proposición no de Ley sobre la despenalización de los actos que proporcionen o faciliten la muerte digna y sin dolor de otra persona, a petición expresa, libre e inequívoca de ésta [expediente 161/002041]. Boletín Oficial de las Cortes Generales, Congreso de los Diputados, serie D, núm. 185, 3-7-2017, pp. 7. [Consulta 13-11-2017]. Disponible en: http://www.congreso.es/public_oficiales/L12/CONG/BOCG/D/BOCG-12-D-185.PDF#page=7

permanentes y difíciles de soportar, o que, siendo permanente, la incapacitase de manera general para valerse por ella misma»

También va en esta misma línea la Proposición de Ley de reforma de la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal, de despenalización de la eutanasia y la ayuda al suicidio⁹³, presentada por el Parlamento de Cataluña y admitida a trámite por la Mesa de la Cámara el 5 de septiembre de 2017, que en su único artículo plantea lo siguiente:

«Artículo único.

Se modifica el apartado 4 del artículo 143 de la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal, que queda redactado del siguiente modo:

«4. No obstante lo establecido por los apartados anteriores, está exento de responsabilidad penal el que, por petición expresa, libre e inequívoca de una persona que padezca una enfermedad grave que conducirá necesariamente a la muerte o una patología incurable que le provoca sufrimiento físico o psíquico grave y que se prevé que será permanente, cause con actos necesarios la muerte segura, pacífica y sin dolor de esta persona o coopere a ello, dentro del marco legal establecido.»

Estas dos Proposiciones aún no han sido objeto de debate y votación en los órganos parlamentarios correspondientes.

93. Parlamento de Cataluña. Proposición de Ley de reforma de la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal, de despenalización de la eutanasia y la ayuda al suicidio (Orgánica) [expediente 125/000017]. Boletín Oficial de las Cortes Generales, Congreso de los Diputados, serie B, núm. 154-1, 8-9-2017, pp. 1. [Consulta 13-11-2017]. Disponible en: http://www.congreso.es/public_oficiales/L12/CONG/BOCG/B/BOCG-12-B-154-1.PDF#page=1

8.4. Posiciones para un debate

Como hemos señalado al principio de este capítulo estamos ante una cuestión que hace tiempo que está asentada en el debate social y sobre la cual se han vertido innumerables opiniones y valoraciones, muchas desde un prisma estrictamente personal y otras como resultado de una toma de posición colectiva.

Resulta ciertamente difícil seleccionar de entre el ingente número de opiniones y valoraciones vertidas en todo tipo de formatos y por personas y colectivos de muy diversa índole aquellas que mejor representan las diferentes posturas en litigio en relación con esta cuestión.

Somos conscientes en esta Institución de que cualquier elección sobre las opiniones a exponer supondrá la crítica de quienes no se sientan reflejados en las mismas o consideren que se han omitido valoraciones o reflexiones que consideran más valiosas o entienden que representan mejor determinadas opciones.

No obstante, la limitación de espacio en un documento de estas características nos obliga a ser selectivos y nos lleva a tener que elegir de entre las muchas opiniones disponibles aquellas que consideramos más representativas de las posturas en debate.

A favor de la legalización

La selección de la opinión representativa de las posturas favorables a la legalización de la eutanasia y el suicidio asistido nos ha resultado relativamente sencilla al existir en nuestro país una asociación que lleva desde hace bastante tiempo aglutinando a un colectivo significativo de personas que defienden expresa y públicamente la necesidad de legalizar estas prácticas.

Nos referimos a la Asociación Federal Derecho a Morir Dignamente (AFDMD), con cuyos representantes tuvimos ocasión de reunirnos el 6 de octubre de 2017 en la sede de esta Institución durante la investigación del presente Informe, y a los que pedimos expresamente que nos remitieran un documento en el que expresaran de forma resumida sus opiniones sobre la cuestión que nos ocupa. El texto remitido es el que a continuación reproducimos:

"Valoración de la AFDMD de la Ley 2/2010 de Muerte Digna de Andalucía

Antecedentes

Ley 41/2002 básica de autonomía del paciente: los derechos de los pacientes constituyen el eje básico de las relaciones clínico-asistenciales.

Infamia Lamela (marzo de 2005): acusación de 400 homicidios a los profesionales del Hospital Severo Ochoa de Leganés por sedaciones irregulares con resultado de muerte. Tras realizarse seis informes con conclusiones dispares, en enero de 2008 la Audiencia Provincial de Madrid retira toda mención a mala praxis. El daño ya estaba hecho. Se perjudicó injustamente a los profesionales, se creó desconfianza en los ciudadanos y las sedaciones paliativas se redujeron en los hospitales, aumentando así el sufrimiento de los pacientes en agonía.

Inmaculada Echevarría (octubre de 2006), Inmaculada Echevarría, de 51 años, los 9 últimos viviendo en un hospital de Granada con ventilación mecánica solicita públicamente ayuda para morir. Días después, reformula su petición, rechazando la respiración artificial. Tras un dictamen ético y otro jurídico, la Junta de Andalucía concluye que tiene derecho a rechazar el tratamiento que la mantiene con vida, debiendo de ser sedada previamente para evitar el sufrimiento en la agonía. Cinco meses después de su petición, en marzo de 2007, fallece Inmaculada.

2008: La Junta de Andalucía elabora el Anteproyecto de Ley de derechos y garantías de la dignidad de la persona en proceso de la muerte, desarrollando el artículo 20 del Estatuto de Andalucía (derecho de todas las personas a la plena dignidad en el proceso de muerte).

La ley 2/2010 no regula nuevos derechos, pero los concreta en el contexto del final de la vida, resolviendo ambigüedades al otorgarle poder de decisión a su protagonista, el ciudadano. Para la AFDMD era una oportunidad de dar un nuevo impulso al modelo de relación clínica centrada en el paciente de 2002, aclarando derechos de los pacientes y obligaciones de los profesionales en el proceso de morir. Lamentablemente, nos equivocamos.

Desarrollo de la ley

La experiencia es que la ley no ha tenido ninguna incidencia en la vida de los ciudadanos. Debido a la ley no hay más testamentos vitales, no se informa más ni mejor a los pacientes, los ciudadanos o los profesionales no conocen mejor sus derechos, no hay más paliativos, ni menos sufrimiento. La ley de muerte digna no ha contribuido a mejorar la calidad de la muerte, fundamentalmente por falta de voluntad política para poner en marcha medidas concretas (curiosamente la comunidad con más testamentos vitales y paliativos es Cataluña, que no dispone de ley de muerte digna).

En 2012, 20 meses después de la entrada en vigor de la ley, se publica el informe Cómo mueren los andaluces, que posteriormente no ha tenido continuidad.

Más allá de declaraciones grandilocuentes sobre la dignidad y de la enumeración de los derechos que se pretenden defender, la ley tiene dos errores graves. El primero es que no se conoce el punto de partida: cómo morimos. Y el segundo es que el objetivo de garantizar la dignidad

es confuso, porque no existe una definición operativa de calidad de muerte, ni una evaluación del ejercicio de los derechos, con indicadores objetivos que se puedan evaluar. Además, la ley cae en la incongruencia de promover la autonomía negando la opción de la muerte voluntaria.

Propuestas sobre la ley de muerte digna: Observatorio de la Muerte Digna

No existe una varita mágica para mejorar la calidad de muerte. Debido a su complejidad, hasta la fecha, no conocemos herramientas validadas para su evaluación. A este respecto, las propuestas de la AFDMD son las siguientes:

- 1. Realizar un trabajo de investigación sobre cómo morimos.*
- 2. Elaborar una definición operativa de la calidad de muerte, con indicadores objetivos que se puedan medir y comparar en el tiempo.*
- 3. Implementar medidas para mejorar la calidad de la muerte y el ejercicio de los derechos, como su inclusión entre los indicadores de calidad asistencial. Recompensar el trabajo bien hecho reconociéndolo, promoviendo el compromiso profesional con el proceso de morir y el respeto de los derechos de los pacientes.*
- 4. Evaluar el impacto de las medidas en la mejora de la calidad de la muerte (indicadores).*
- 5. Atender las demandas de los ciudadanos sobre la asistencia y el ejercicio de sus derechos al final de la vida.*
- 6. Evaluar el conocimiento de los profesionales sobre los derechos de los pacientes y las medidas para mejorar la calidad de la muerte, implementando medidas de formación.*

7. *Proponer nuevas medidas, evaluarlas, publicar y discutir una memoria anual, llevar a cabo un trabajo continuado para promover en la sociedad una buena muerte. No se trata sólo de aumentar los recursos paliativos, sino de influir globalmente sobre todos los factores que hacen que hoy se muera bien, regular o mal, dependiendo del médico que a uno le toque, del conocimiento que tenga de tus derechos y de su capacidad personal para ejercerlos.*

Al igual que existen indicadores de calidad asistencial hospitalaria (como el retorno a urgencias en 72 horas, tiempo en puerta y ECG en el síndrome coronario agudo, terapia fibrinolítica dentro de los 30 minutos de la llegada al hospital, etc., etc.), indicadores de procesos asistenciales en atención primaria (como el porcentaje de mayores de 75 años, enfermos inmovilizados o enfermos terminales con planes de cuidados de enfermería) o indicadores de satisfacción asistencial, se pueden proponer indicadores de calidad de muerte. Por ejemplo, sobre el proceso de información, la toma de decisiones, datos de obstinación diagnóstica o terapéutica (agresividad oncológica), confort en la fase de últimos días, incorporar la evaluación cualitativa del proceso de morir en las comisiones de mortalidad de los hospitales, etc., etc.

Muerte digna y eutanasia

¿Por qué la asociación DMD reivindica conocer fehacientemente cómo mueren los ciudadanos? (Manifiesto Santander, 2008). ¿Por qué apoya la universalización de los cuidados paliativos? Porque el argumento de que con paliativos no hay demandas de eutanasia es falso.

La eutanasia no es una solución a la mala muerte, sino una decisión individual que se toma antes de llegar a la fase de últimos días (agonía), no por miedo a morir mal, sino por la voluntad firme de no seguir viviendo "así". Aunque todos contemos con la mejor asistencia posible, queremos ejercer la libertad de decidir hasta cuándo vivir. Por eso la

eutanasia no compite con los cuidados paliativos, no es una alternativa, sino una opción más, un derecho complementario al del alivio del sufrimiento que se ejerce con todas las garantías (asistenciales y de respeto a la voluntad).

Por otra parte, la realidad demuestra que mientras no se legisle la eutanasia, el respeto a la voluntad, la libertad, la autonomía, los valores..., dependerán del médico que a uno le toque. Ya sea por la inseguridad jurídica que provoca el Código Penal o por la imposición de las creencias personales del médico, la ley seguirá siendo utilizada por los profesionales como una excusa para dificultar el ejercicio de los derechos de la ley de autonomía al alivio del sufrimiento y al rechazo de un tratamiento (caso de Andrea, en Galicia, o caso Avilés, donde la fiscalía consideró cooperación al suicidio la sedación de un enfermo en agonía en Andalucía, ambos territorios con ley de muerte digna). El derecho a morir dormido (sedación) seguirá dependiendo de la opinión del médico, de su valoración personal del sufrimiento y de los síntomas "refractarios", de su adhesión o no al dogma de que los cuidados paliativos "ni adelantan, ni retrasan la muerte", de la organización en la que trabaje (en muchos casos órdenes religiosas o grupos confesionales), con una interpretación personal de lo que establecen las leyes.

Por su naturaleza, la muerte voluntaria es minoritaria (<4% de los fallecimientos), pero el impacto social de su regulación no depende del número, sino de la fuerza simbólica del reconocimiento del derecho a la disponibilidad de la propia vida de todas las personas.

La opción de morir coloca al ciudadano como protagonista de sus decisiones, compartidas con los profesionales en un diálogo deliberativo que respeta los valores de cada persona. Como todos los derechos, la eutanasia empodera no sólo al que decide morir, sino a toda la sociedad, que se hace consciente de la mortalidad y de su

derecho a la información, a la elección entre opciones clínicas, al alivio del sufrimiento y a disponer de su vida, más allá de la eutanasia y del suicidio médicamente asistido.”

Aparte de la opinión sustentada por esta asociación, son numerosas las personas que se han pronunciado individual o colectivamente a favor de la legalización de estas prácticas y resultaría imposible dar aquí cabida a todas. En su representación hemos seleccionado, por exponer de forma didáctica los argumentos a favor y en contra, el siguiente texto de J. L. Beltrán extraído de un documento más amplio publicado por la revista Aranzadi en 2010 bajo el título: “en torno a la constitucionalidad de una posible legalización parcial de la eutanasia”⁹⁴:

“En mi criterio, la generalidad de la argumentación contraria a la eutanasia se cimenta en nuestro país directamente en la ética propia de la tradición cristiana y, más en concreto, en la doctrina emanada de la Iglesia Católica, que proclama la trascendencia del ser humano y el valor absoluto de la vida humana en cuanto creación divina.

Sin embargo, en una sociedad multicultural, libre, plural, y democrática, en la que la dignidad de la persona se tiene como fundamento primario de los derechos y libertades humanas, la neutralidad religiosa del Estado es un imperativo inexcusable para el disfrute de esas libertades. De ahí que nuestra Constitución exige la laicidad del Estado, que, según el Tribunal Constitucional, ha de ser entendida, además de como posición neutral, como actitud positiva frente al fenómeno religioso, al objeto de ser garante del derecho a la libertad religiosa y su efectiva práctica, pero dejando también claro que la laicidad del Estado «veda cualquier tipo de confusión entre fines religiosos y estatales».

94. Beltrán Aguirre, Juan Luis. En torno a la constitucionalidad de una posible legalización parcial de la eutanasia. Revista Aranzadi Doctrinal, N.º. 8 (diciembre 2010), 2010, pp. 59-74. ISSN 1889-4380.

En nuestro Estado, por tanto, la moralidad religiosa se sustituye por la «moralidad pública», definida por el Tribunal Constitucional como «elemento ético común de la vida social, siendo susceptible de concreciones diferentes, según las distintas épocas y países, por lo que no es algo inmutable desde una perspectiva social». No es, pues, constitucionalmente aceptable comprometer esa neutralidad, así como la moralidad pública imperante en esta primera década del siglo XXI, tipificando penalmente una conducta por lesiva de unos valores religiosos cristianos (ésta y no otra es la razón de la criminalización de la eutanasia) hoy no compartidos ni asumidos por amplios grupos de ciudadanos que forman parte de una sociedad multicultural, para los que esa tipificación implica una injerencia en sus valores éticos y una limitación desproporcionada e injustificada de su libertad y capacidad de autodeterminación, hasta el punto de que puede abocarles a una vida o a una muerte indigna.

Es, pues, inexcusable un ejercicio de tolerancia democrática para que convivan pacíficamente distintas éticas y valores vitales, siempre que sean homologables en una sociedad desarrollada y avanzada culturalmente. Es posible y deseable la convivencia de determinadas creencias y prácticas morales, tanto religiosas como civiles, siempre que sean respetuosas de los principios, valores y derechos consagrados en la Constitución.

Descendiendo a las concretas argumentaciones que se utilizan para rechazar la eutanasia, cabe refutarlas en los términos que seguidamente expreso.

Frente a las tesis favorables a la eutanasia, los defensores de la ética cristiana esgrimen que su legalización tampoco es una postura neutral pues al plasmarse en un texto legal se impone a todos una concepción muy concreta de la vida, de la persona y de la dignidad.

No comparto este razonamiento pues entiendo que falla por su base. Realmente, la penalización de la eutanasia sí se impone a todos cualesquiera que sean sus valores morales; por el contrario, caso de legalizarse la eutanasia, en efecto, el Estado asumiría una determinada ética social que oficializa, pero, esto es lo relevante, esa ética o valor laico no se impone a nadie, ni tan siquiera a los médicos pues, como luego razonaré, en este ámbito debe admitirse la objeción de conciencia.

Además, no puede obviarse que el derecho y la moral están muy relacionados, pero son órdenes normativos distintos, no equiparables; la moral es el orden de las personas y el derecho el orden de la sociedad.

Se dice que la legalización de la eutanasia subvierte el orden jurídico al quebrantar el principio fundamental según el cual ningún hombre puede disponer de la vida de otro, pues con la legalización de la eutanasia se otorga al cuerpo médico el derecho de dar la muerte a otros hombres. De entrada, recordar que muchos ordenamientos jurídicos, incluido el nuestro, contemplan la pena de muerte en tiempos de guerra, por lo que constitucionalmente no es un principio absoluto que no admita excepción alguna, pero, sobre todo, cabe oponer a este argumento que no se otorga al cuerpo médico el derecho a dar la muerte a otros hombres, sino que es únicamente al paciente al que se le reconoce el derecho a disponer de su propia vida. Al médico solo se le habilita, no a decidir, sino a ayudar o a provocar la muerte de un paciente decidida por este. En suma, no se trata de un derecho del médico a dar la muerte, sino de un deber jurídico, al que podrá oponer la objeción de conciencia.

También se aduce que el ser humano no es una realidad aislada, una fuente autónoma y exclusiva de derechos y obligaciones, sino que todas las personas son solidarias por la mutua interacción entre cada una de ellas y el resto de la sociedad, y que por eso nadie tiene derecho a eliminar la vida, aun la propia, añadiendo que así lo ha entendido

la tradición jurídica occidental al considerar el derecho a la vida como indisponible, es decir, como un «derecho-deber».

Sin embargo, esto no ha sido así en nuestro Derecho. Tradicionalmente, el Derecho ha protegido la vida, pero no ha proclamado el deber jurídico de la persona de vivir, menos de vivir para la sociedad. El Tribunal Constitucional, sobre el alcance del artículo 15 CE, ha declarado que el derecho a la vida tiene un contenido de protección positiva que impide configurarlo como un derecho de libertad que incluya la propia muerte, pero seguidamente afirma que lo anterior no impide que siendo la vida un bien de la persona que se integra dentro del círculo de la libertad, pueda disponer sobre su propia muerte. También aclara que la privación de la propia vida o la aceptación de la propia muerte no es un derecho subjetivo que implique la posibilidad de pedir apoyo al poder público, pero que tampoco es un acto prohibido por la Ley.

De ahí que la decisión libre y consciente de una persona, en plenitud de facultades y al margen de cualquier presión externa, de poner fin a su vida, nunca puede ser castigada o impedida por el Derecho y, por ello, en nuestro país el suicidio no está penado. Por tanto, en mi criterio, solo la vida deseada libremente merece el calificativo de bien jurídico protegido, no existiendo un deber jurídico de vivir contra la voluntad personal de no hacerlo. Lo que existe es un derecho a la vida, pero no un deber constitucional y jurídico de tener que vivirla necesariamente.

Desde una óptica humanista, afirman que la dignidad es una cualidad ontológica del ser humano, por lo que es inmune a influencias externas, como la calidad de la vida, y refractaria al proceso de morir. Dicho en otros términos, que provocando o facilitando la muerte de una persona se atenta siempre a la dignidad del ser humano. Con esta argumentación se intenta desmontar uno de los puntales básicos para la legalización de la eutanasia.

Cabe responder que, en efecto, la dignidad es una cualidad ontológica del ser humano, pero el ser humano nace, vive y muere, y la dignidad es predicable no solo de su propia existencia como ser humano sino también de su devenir, y es un hecho cierto que por diversos sucesos que ocurren en el devenir de una persona, esa dignidad puede verse comprometida hasta el punto de que, no la persona, pero sí su vida o su muerte resulten indignas. Y la indignidad de un modo de vivir o de morir es justamente un atentado a la dignidad del ser humano, que resulta así violada.

Entonces, esa situación de indignidad generada por determinados sucesos puede y debe ser objeto de respuestas adecuadas por el Derecho con el propósito de restablecer la dignidad que le es propia al ser humano. Y cuando, a efectos de restituir la dignidad, la respuesta es legalizar alguna práctica eutanásica, no por ello se incurre en una contradicción (provocar o facilitar la muerte es siempre una indignidad), o en un relativismo ético que ignore o repudie verdades universales o valores morales comúnmente aceptados, como lo son los derechos humanos fundamentales, pues esa respuesta, como se verá, preserva y no desfigura el valor o «verdad» de la vida humana y su dignidad.

Otro argumento recurrentemente utilizado es que si la eutanasia tiene todo su fundamento en la autonomía individual, por qué limitarla a los enfermos con gran sufrimiento y no extenderla a cualquier persona mentalmente competente que la pida sin atender a los motivos de la petición. Pero cabe contraponer a este argumento que la mayoría social, en los primeros casos, considera la muerte un bien para el que padece la enfermedad y que su petición es totalmente racional, es decir, la sociedad en general la comprende y la acepta, y, en los segundos casos, entiende que las situaciones que pueden empujar a una persona a solicitar la muerte son remediabiles, que cabe la vuelta a la normalidad, por lo que la petición es irracional y entonces es legítimo privarle de la necesaria colaboración externa.

Desde una visión clínica, se defiende como alternativa válida a la eutanasia los cuidados paliativos en cuanto permiten dar una atención a las necesidades físicas y emocionales del paciente, de manera que no padezca dolor y no se sienta desamparado o abandonado.

Cierto que unos adecuados cuidados paliativos pueden evitar en la mayoría de los casos peticiones de prácticas eutanásicas por parte de pacientes; de ahí que comparto la premisa de que para una posible legalización parcial de la eutanasia, sea requisito necesario que previamente a su práctica el paciente haya recibido cuidados paliativos y estos se hayan mostrado insuficientes.

Empero, si bien los cuidados paliativos son alternativa real para enfermos terminales, no lo son o lo son en grado insuficiente para enfermos incurables crónicos e inválidos, enfermos vegetativos, pacientes críticos, etc. Casos como el de Ramón Sampedro y similares, no se solucionan con cuidados paliativos. Y es justamente para estos supuestos inusuales para los que estaría justificada la legalización parcial de la eutanasia.

En la teoría de la «pendiente resbaladiza», muy utilizada por los detractores de la eutanasia, subyace una falacia consistente en tener por inevitables consecuencias que no son seguras y que, con las debidas cautelas, ni siquiera son probables. Se aduce que, tras su legalización, se genera una extensión progresiva de la eutanasia involuntaria, afirmación que apoyan en estudios empíricos realizados en Holanda y Bélgica demostrativos de un número importante de eutanasias causadas sin ninguna petición del paciente. Y en base a esos estudios, sostienen que las medidas preventivas que intenten impedir la pendiente resbaladiza están destinadas al fracaso, y, al cabo de un tiempo, las autoridades no perseguirán a los infractores de la Ley, permitiendo actuaciones impropias.

Aún admitiendo la certeza de esos concretos estudios, no puede tenerse por seguro ni por probable que eso también haya de ocurrir en España, presumiendo la progresiva dejadez de las autoridades. Mediante una legislación y, sobre todo, unos protocolos de actuación adecuados, perfectamente pueden evitarse actuaciones eutanásicas sin previa petición del paciente hecha de una forma libre y consciente.

En lo que hace al resto de argumentos contra la eutanasia, esto es, la insuficiente capacidad del paciente para decidir solventemente, las presiones externas, razones económicas, que condicionen su petición, etc., pueden salvarse perfectamente, como veremos, estableciendo las debidas garantías -controles previos por Comités de Ética- en la legislación reguladora de la eutanasia.

En cualquier caso, en el debate sobre la legalización o no de la eutanasia, creo que es particularmente conveniente respetar y aceptar las posiciones de unos y otros. Todas ellas tienen fundamento moral o ético desde el enfoque en que se postulan, sea religioso o laico, y son fundamentaciones con legitimación suficiente para ser asumibles por sociedades plurales, multiculturales, libres y democráticas, y, por ende, tolerantes, sin que por ello se subvierta ningún valor absoluto. Es inobjetable que en nuestra actual sociedad occidental, multicultural y globalizada, conviven sistemas morales y éticos parcialmente divergentes. Y constatado y asumido tal pluralismo, tiene fundamento un cierto relativismo ético-normativo. En el caso de la eutanasia, lo importante, en suma, es posibilitar que las distintas convicciones morales o éticas convivan pacífica y ordenadamente, permitiendo que cada persona pueda optar conforme a sus personales valores éticos.

Estoy convencido de que en una sociedad multicultural el Derecho puede satisfacer las distintas perspectivas sobre la eutanasia presentes en la misma, de un lado, posibilitando al paciente ejercer el derecho a decidir libremente sobre su propia muerte en unas concretas

circunstancias predeterminadas legalmente, y, de otro, asegurando el ejercicio de la objeción de conciencia por el sanitario obligado jurídicamente. No hay, entonces, dictadura del relativismo ético.”

En contra de la legalización.

Nos ha resultado más difícil elegir un texto o documento que represente de forma clara las posiciones de quienes se muestran contrarios a la legalización de la eutanasia y el suicidio asistido, no porque los mismos escaseen, sino más bien al contrario por la multiplicidad de opiniones vertidas al respecto desde posicionamientos y puntos de vista muy diversos. El verdadero problema ha estribado en determinar cuál de los diferentes planteamientos representaba mejor las distintas sensibilidades existentes dentro del conjunto de personas y colectivos opuestos a estas prácticas.

Finalmente hemos optado por reproducir, total o parcialmente, varios textos que consideramos que ejemplifican los posicionamientos más relevantes o representativos de esta corriente de opinión.

Una Institución que ha mostrado siempre una firme oposición a la legalización de la eutanasia o el suicidio asistido es la Iglesia Católica, que cuenta con un documento publicado en febrero de 1993, por el “Comité para la defensa de la Vida”, bajo el título “100 cuestiones y respuestas sobre la defensa de la vida humana y la actitud de los católicos”⁹⁵. En la pregunta 94 se resume la postura de la Iglesia en relación con la eutanasia:

95. Conferencia Episcopal Española, Comité para la Defensa de la Vida. “La eutanasia”: 100 cuestiones y respuestas sobre la defensa de la vida humana y la actitud de los católicos [en línea]. Febrero de 1993. [Consulta 31-10-2017]. Disponible en: <http://www.conferenciaepiscopal.nom.es/ceas/documentos/eutanasia.htm>

"94. ¿Se puede resumir en pocas palabras cuál es la doctrina de la Iglesia sobre la eutanasia?

La doctrina de la Iglesia sobre la eutanasia es la que ha quedado expuesta en este documento, pero podemos resumirla ahora en forma de decálogo:

1. Jamás es lícito matar a un paciente, ni siquiera para no verle sufrir o no hacerle sufrir, aunque él lo pidiera expresamente. Ni el paciente, ni los médicos, ni el personal sanitario, ni los familiares tienen la facultad de decidir o provocar la muerte de una persona.

2. No es lícita la acción que por su naturaleza provoca directa o intencionalmente la muerte del paciente.

3. No es lícito omitir una prestación debida a un paciente, sin la cual va irremisiblemente a la muerte; por ejemplo, los cuidados vitales (alimentación por tubo y remedios terapéuticos normales) debidas a todo paciente, aunque sufra un mal incurable o esté en fase terminal o aun en coma irreversible.

4. Es ilícito rehusar o renunciar a cuidados y tratamientos posibles y disponibles, cuando se sabe que resultan eficaces, aunque sea sólo parcialmente. En concreto, no se ha de omitir el tratamiento a enfermos en coma si existe alguna posibilidad de recuperación, aunque se puede interrumpir cuando se haya constatado su total ineficacia. En todo caso, siempre se han de mantener las medidas de sostenimiento.

5. O existe la obligación de someter al paciente terminal a nuevas operaciones quirúrgicas, cuando no se tiene la fundada esperanza de hacerle más llevadera su vida.

6. *Es lícito suministrar narcóticos y analgésicos que alivien el dolor, aunque atenúen la consciencia y provoquen de modo secundario un acortamiento de la vida del paciente. Siempre que el fin de la acción sea calmar el dolor y no provocar subrepticamente un acortamiento sustancial de la vida; en este caso, la moralidad de la acción depende de la intención con que se haga y de que exista una debida proporción entre lo que se logra (la disminución del dolor) y el efecto negativo para la salud.*

7. *Es lícito dejar de aplicar tratamientos desproporcionados a un paciente en coma irreversible cuando haya perdido toda actividad cerebral. Pero no lo es cuando el cerebro del paciente conserva ciertas funciones vitales, si esa omisión provocase la muerte inmediata.*

8. *Las personas minusválidas o con malformaciones tienen los mismos derechos que las demás personas, concretamente en lo que se refiere a la recepción de tratamientos terapéuticos. En la fase prenatal y postnatal se les han de proporcionar las mismas curas que a los fetos y niños sin ninguna minusvalía.*

9. *El Estado no puede atribuirse el derecho a legalizar la eutanasia, pues la vida del inocente es un bien que supera el poder de disposición tanto del individuo como del Estado.*

10. *La eutanasia es un crimen contra la vida humana y contra la ley divina, del que se hacen corresponsables todos los que intervienen en la decisión y ejecución del acto homicida."*

Recientemente el papa Francisco se ha pronunciado sobre este tema, ratificando que la eutanasia para el Vaticano es una práctica "siempre ilícita en cuanto se propone interrumpir la vida procurando la muerte", pero señalando que "no poner en práctica medios desproporcionados o suspender el uso equivale a evitar el ensañamiento terapéutico, es

decir, a realizar una acción que tiene un significado ético completamente diferente de la eutanasia”, y recordó que hace 60 años el papa Pio XII afirmó que “no es obligatorio emplear siempre todos los medios terapéuticos potencialmente disponibles, y que, en casos determinados es lícito abstenerse”.

También el Islam se ha mostrado contrario a estas prácticas y en la página de internet WebIslam⁹⁶ es posible encontrar este argumentario al respecto:

"Once argumentos contra la eutanasia

1. La eutanasia legal favorece una "pendiente peligrosa" en contra del derecho a la vida en otros campos. En países como Holanda la eutanasia se aplica no ya a enfermos, sino simplemente a gente que no quiere vivir, como el senador socialista octogenario Brongersma, que pidió y logró ser "finalizado" no porque estuviese enfermo o deprimido, sino porque estaba cansado de vivir. Se calcula que en Holanda se dejan morir a unos 300 bebés al año por nacer con minusvalías y hay casos (en este país rico) de negar la implantación de marcapasos a mayores de 75 años; la eutanasia favorece otras actuaciones de "eliminación de los inútiles".

2. La eutanasia empeora la relación médico-paciente e incluso la relación paciente-familiares. ¿Queda algún margen para que los enfermos, ancianos o incapacitados, sigan manteniendo aquella plena confianza en quienes, hasta ahora, tenían por obligación -casi sagrada- procurar la sanación de sus dolencias? ¿Quién impondrá a la víctima potencial el deber de confiar en su verdugo? ¿Quién podrá devolver a los enfermos su sentimiento de fiducia en la clase médica? ¿Y cómo

96. Zapata Feliciano, Julián Arturo. Once argumentos contra la eutanasia [en línea]. 2-5-2007. [Consulta 9-11-2017] Disponible en: https://www.webislam.com/articulos/31287-once_argumentos_contra_la_eutanasia.html

confiar en que el médico va a esforzarse por mi vida si mis parientes presionan en un sentido contrario?

3. La eutanasia desincentiva la inversión en cuidados paliativos y en tratamientos para el dolor. De 1995 a 1998 Holanda apenas invirtió en cuidados paliativos; sólo a partir de 1998 ha invertido en cuidados paliativos, pero presentados siempre como una alternativa más, siendo la eutanasia la más apoyada desde las instituciones e incluso por parte de la sociedad. Se tiende a pensar que si tratar el dolor con cuidados paliativos es caro, hay que fomentar la opción barata: matar el enfermo.

4. La eutanasia pervierte la ética médica que desde Hipócrates se ha centrado en eliminar el dolor, no en eliminar el enfermo. Los médicos insisten en que la eutanasia, como el aborto, no son actos médicos, ya que el fin de la medicina es curar, y si no se puede curar al menos mitigar el dolor, y en todo caso atender y acompañar. La eutanasia no cura nada. Los médicos que entran en una mentalidad eutanásica la incorporan a toda su visión profesional y olvidan a Hipócrates. Como han recordado políticos italianos al hablar de la eutanasia a niños en Holanda es significativo que el primer régimen que instaura la eutanasia desde del viejo paganismo romano es la Alemania nazi.

5. La eutanasia no es solicitada por personas libres, sino casi siempre por personas deprimidas, mental o emocionalmente trastornadas. ¿"Piden libremente" la eutanasia los niños "eutanasiaados" en los países que defienden esta practica? No tienen madurez para hacer este acto en libertad. Pero muchos adultos tampoco porque lo piden con enfermedades mentales o emocionales. Cuando uno está sólo, anciano, enfermo, paralítico tras un accidente es fácil sufrir ansiedad y depresión que llevan a querer morir. En un país si los terapeutas se esfuerzan por curar esta depresión, devolver las ganas de vivir, casi siempre tienen éxito si el entorno ayuda. Por el contrario, en un país con eutanasia,

en vez de esforzarse por eliminar la depresión se tiende a eliminar al deprimido "porque lo pide".

6. La eutanasia no es un derecho humano, no está recogido en ningún Convenio Americano ni Europeo de Derechos Humanos, por ejemplo. Según el Tribunal Europeo de Derechos Humanos, en el caso de Dianne Pretty en el año 2002, no existe el derecho a procurarse la muerte, ya sea de manos de un tercero o con asistencia de autoridades públicas. El derecho a la autonomía personal no es superior al deber de los Estados de amparar la vida de los individuos bajo su jurisdicción.

7. La eutanasia, como el suicidio, es contagiosa. Una vez una persona deprimida se suicida, otras personas deprimidas de su entorno pueden copiar su comportamiento con más facilidad. Esto es así en suicidios con o sin asistencia, lo cual incluye la eutanasia.

8. La eutanasia dificulta el trabajo de los terapeutas que trabajan con minusválidos, deprimidos, enfermos. Las personas que ayudan a otros a vivir con una grave minusvalía o en duras circunstancias ven su trabajo sabotado por la otra opción, la eutanasia, que legalizada aparece con atractiva insistencia como una salida fácil para el enfermo.

9. La eutanasia tenderá a eliminar a los más pobres y débiles. Como el aborto, la eutanasia tenderá a hacerse especialmente accesible y promocionada entre las clases económicamente más débiles, los grupos étnicos desfavorecidos, etc. Al desatenderse la oferta en cuidados paliativos, éstos serán un lujo sólo para gente con medios adquisitivos.

10. La eutanasia legal no impedirá las eutanasias ilegales, sino que las potenciará. Como en el caso del aborto, aprobar una ley que permite la eutanasia "con todos los controles que haga falta" no impedirá que se extienda el fraude de ley, los permisos escritos sin

examinar al paciente, la laxitud en la aplicación de la ley y el fraude de ley generalizado. El caso de Holanda demuestra que no hay control de los 2.000 casos denunciados, como ha señalado con indignación el Comité de Derechos Humanos de la ONU. Con todo, el mejor argumento contra la eutanasia siempre será el testimonio de miles de hombres y mujeres en circunstancias difícilísimas que, apoyándose mutuamente, con la ayuda de sus valores, su familia, amigos o profesionales demuestran día a día que la dignidad del hombre les lleva a vivir y enriquecer la vida de otros.

11. La eutanasia viola todas las leyes divinas desde el profeta Adan hasta Mohammad. La Tora, el Evangelio y el Corán están contra esta práctica monstruosa, facilista y superflua que limita la existencia humana al plano puramente material. La enfermedad y el dolor nos educan y prepara para el mundo espiritual.”

Desde un ámbito no religioso podemos destacar el documento aprobado en 2002 por la Sociedad Española de Cuidados Paliativos, con el título: “Declaración sobre la eutanasia”⁹⁷, cuyo objetivo, según señala el documento en su punto 1 es: “aportar un punto de vista experto en una cuestión compleja que se encuentra sometida a una viva discusión en España, al igual que en el resto de países desarrollados”.

En el texto se incluyen, entre otras, las siguientes consideraciones:

“El debate sobre una ley de eutanasia en España

7. Sobre los planteamientos éticos en torno a la eutanasia se puede argumentar, matizar y discrepar. Sin embargo, la SECPAL no desea

97. Sociedad Española de Cuidados Paliativos, Comité Ético. Declaración sobre la eutanasia [en línea]. [Aprobada por el Comité Directivo de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos el 26-1-2002 y publicada el 24-4-2002]. [Consulta 9-11-2017]. Disponible en: <http://www.unav.es/cdb/secpal2.html>

ofrecer un discurso único al respecto, ni siquiera aportar lo que pudiera ser una posición mayoritaria en este sentido. Lo que se desea ofrecer es una reflexión y un criterio, que entendemos bien fundamentado, ante el debate generado en torno a la legalización de la eutanasia.

8. La ética debe fundamentar el derecho, pero se trata de dos conceptos diferentes, que aunque tengan mucho en común no se identifican. La ética se interroga sobre el juicio moral de una determinada conducta, mientras que las leyes se ocupan de garantizar el respeto de los derechos de los componentes de la sociedad, en un clima de convivencia pacífica y de justicia. Desde el punto de vista ético respondemos ante nuestra conciencia y desde el punto de vista legal ante la autoridad competente, teniendo el Estado la posibilidad de intervenir según establezca la ley. Pero esta capacidad de intervención no actúa directamente a partir de un juicio moral, sino a partir de una valoración política.

Dicho en otras palabras, lo que puede ser aceptado o rechazado desde la ética, no tiene por qué ser regulado, de manera automática, sin evaluar previamente y con seriedad las consecuencias sociales de dicha ley.

9. Puede haber personas que acepten éticamente la eutanasia en determinadas circunstancias extremas y estén a la vez en contra de su legalización, por razones de carácter prudencial, en atención al previsible balance de consecuencias, por considerar -como veremos a continuación- que las repercusiones negativas de esa ley podrían tener más peso que las positivas.

Un riesgo para los más débiles

10. El establecimiento de una norma pública permisiva para la eutanasia podría suponer trasladar un mensaje social a los pacientes más graves e incapacitados, que se pueden ver coaccionados, aunque sea

silenciosa e indirectamente, a solicitar un final más rápido, al entender que suponen una carga inútil para sus familias y para la sociedad.

Tanto más fuerte sería esta presión cuanto más comprometidas fueran las circunstancias de la enfermedad, o la precariedad de la atención médica y familiar. De tal modo que los pacientes más débiles o en peores circunstancias serían los más presionados a solicitar la eutanasia. Paradójicamente, una ley que se habría defendido para promover la autonomía de las personas se convertiría en una sutil pero eficaz arma de coacción social.

Debilitamiento de la confianza del enfermo hacia el sistema sanitario

11. El desarrollo del modelo de organización sanitaria de nuestro país que ha alcanzado la universalización de la atención supone un avance social indiscutible. Sostener este modelo sobre principios éticos que respeten una buena práctica clínica ligada a la equidad y al reconocimiento de la autonomía de los ciudadanos, requiere el establecimiento de prioridades en la administración de unos recursos que siempre serán limitados. Todo esto exige un esfuerzo muy notable a los profesionales sanitarios, que no siempre pueden satisfacer las demandas de los pacientes. En este contexto, una ley de eutanasia podría generar desconfianza hacia los profesionales de la salud al entenderse que su aplicación no sería indiferente para la economía de una institución sanitaria.

Competencia profesional en cuidados paliativos y petición de eutanasia

12. Se han publicado estudios recientes muy rigurosos que muestran que la petición de eutanasia por parte de los enfermos disminuye al mejorar la formación de los profesionales en el tratamiento del dolor y en cuidados paliativos. Estos hallazgos son congruentes con las comunicaciones de las unidades especializadas en cuidados paliativos

de nuestro entorno donde el número de peticiones de eutanasia es muy bajo.

Todo ello permite aventurar la hipótesis de que una legislación permisiva con la eutanasia frenaría la implicación, tanto científica como asistencial, de algunos médicos y profesionales de la salud en la atención a unos enfermos sin posibilidad de curación que requieren una considerable dedicación de tiempo y recursos humanos.

13. Promover la legalización de la eutanasia en una sociedad donde todavía están insuficientemente implantados los cuidados paliativos, clínicas del dolor, la atención sociosanitaria, etc., parece una solución equivocada ante un problema -el de la correcta atención de los enfermos y sus familias- que está pendiente de resolver.

La pendiente resbaladiza

14. La teoría de la pendiente resbaladiza es un clásico argumento consecuencialista que se ha aplicado a la eutanasia para deducir que una vez legalizada en casos de solicitud voluntaria, el clima social conduce a los médicos y a los familiares a deslizarse hacia su aplicación en casos de enfermos inconscientes o incapaces que no han expresado su autorización. Se trata de un argumento que ha sido muy criticado por algunas aplicaciones poco rigurosas en el modo de elaborar los razonamientos previos a la conclusión. Sin embargo, en Holanda se ha comprobado su exacto cumplimiento puesto que ya hace años se reconocieron cifras importantes de casos de eutanasia no solicitada, cuando en un principio solo se defendía su aceptación en casos de solicitud expresa y reiterada, como un ejercicio de autonomía. El argumento de la pendiente resbaladiza ha sido esgrimido por autores que no tienen reparos éticos ante determinadas peticiones de eutanasia, pero consideran que su legalización llevaría en la práctica a la eutanasia no solicitada, que consideran inaceptable y con graves repercusiones sociales.

Conclusiones y recomendaciones

15. *Mediante esta Declaración sobre la eutanasia la SECPAL quiere ofrecer a la sociedad un conjunto de reflexiones éticas, una posición clara fundada en razones y una serie de recomendaciones prácticas. Todo ello elaborado a partir de la experiencia clínica y en el ejercicio de lo que en la SECPAL se ha entendido como una responsabilidad social.*

16. *La SECPAL ha considerado conveniente pronunciarse ante el debate sobre las propuestas para legalizar la eutanasia. Entendemos que no es preciso el consenso sobre la valoración ética de la eutanasia por poner serios reparos a una norma legal que la permita y para rechazarla por sus consecuencias. Consideramos, por tanto, que la legalización de la eutanasia en España no es oportuna, ni prioritaria en estos momentos.*

17. *Somos conscientes de que actualmente no es posible alcanzar un acuerdo social sobre la valoración ética de la eutanasia, pero sí podría haber consenso en torno a algunas recomendaciones y medidas normativas que promuevan y garanticen a todos los ciudadanos sin discriminación y en la práctica, el derecho a recibir los mejores cuidados al final de la vida. Para ello la SECPAL propone:*

a. Garantizar que en los programas de formación de los profesionales de la salud se incluyan contenidos de Cuidados Paliativos y de Bioética, como áreas de conocimiento obligatorias y evaluables.

b. Desarrollar programas de cuidados paliativos que integren la atención primaria con la hospitalaria en todo el territorio del Estado español.

c. Legislar un equivalente a la baja laboral para el familiar cuidador del enfermo en situación terminal.

d. Promover medidas fiscales y sociales que fomenten la atención domiciliaria del enfermo en situación terminal.

e. Impulsar la divulgación social de los cuidados paliativos y de la solidaridad con el que sufre, como seña de identidad de la calidad moral de una sociedad.

18. Ofrecemos estas propuestas a los máximos responsables de la gestión sanitaria, tanto en el ámbito Estatal como en el de las Comunidades Autónomas.”

8.5. Conclusiones

Como venimos señalando reiteradamente, **consideramos que en el debate sobre la legalización o no de las prácticas de la eutanasia y el suicidio asistido deben primar los aspectos éticos y morales sobre otras consideraciones de carácter estrictamente política o jurídica.** Y es por esta razón que esta Institución no considera oportuno posicionarse al respecto, avalando una u otra de las posturas en litigio.

Ello no obstante, esta opción por la neutralidad no debe confundirse con indiferencia acerca de un debate, cuya trascendencia social, jurídica y política valoramos especialmente, hasta el punto de considerar que **se trata de unos de los debates más importantes que debe afrontar nuestra sociedad próximamente.**

Y es precisamente por la importancia que conferimos a este asunto, por lo que hemos decidido incluir el presente capítulo dentro del Informe con un objetivo muy claro, **ofrecer información a la ciudadanía para que disponga de los conocimientos necesarios para ser protagonista del debate que se avecina.**

En este sentido, debemos decir que consideramos necesario y oportuno que se abra ya el debate social en torno a esta cuestión. La presentación de diversas propuestas legislativas sobre la materia, algunas ya debatidas y otras pendientes de deliberación en los correspondientes órganos legislativos, otorga aun mayor premura a esta petición. Y creemos que **en este debate debería asumir un protagonismo especial la ciudadanía** y no limitarse al ámbito interno de los Grupos Políticos.

A este respecto, aunque somos concedores de que por razones competenciales la materia debe ser regulada mediante normativa estatal aprobada en las Cortes Generales, consideramos que podría resultar conveniente que el pueblo andaluz pudiera manifestar su posicionamiento al respecto. Y para ello, estimamos que el procedimiento más correcto sería la **adopción por el Parlamento de Andalucía de una Resolución al respecto**, adoptada por los grupos políticos con representación parlamentaria, **tras un proceso de debate participativo** en el que se fomente y promueva la intervención activa de la ciudadanía mediante una campaña informativa y la puesta en funcionamiento de herramientas que posibiliten la presentación de propuestas y la formulación de iniciativas por parte de personas o colectivos.