

Valoración médica, jurídica y bioética de la eutanasia

Con especial relación a la ley sobre la eutanasia recientemente propuesta por el Partido Socialista Español

Aspectos médicos

Como viene sucediendo desde hace tiempo de forma cíclica, vuelve a estar en el discurso político y social de nuestros días la petición de regulación legal de la eutanasia, como “intervención deliberada para poner fin a la vida de un paciente sin perspectiva de cura”, tal como la define la Real Academia Española.

La eutanasia se fundamenta en la administración de fármacos u otras sustancias con la intención de producir la muerte de una persona a petición de esta o de sus representantes, con el objetivo de conseguir la muerte con un método teóricamente seguro, relativamente rápido, y sin dolor.

La primera ley autonómica que desarrolló en España aspectos relacionados con la dignidad de la muerte,¹ definió la eutanasia como 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.

A diferencia de la eutanasia, la “limitación del esfuerzo terapéutico” se define como: la retirada o no instauración de una medida de soporte vital o de cualquier otra intervención que, dado el mal pronóstico de la persona en términos de cantidad y calidad de vida futuras, constituye, a juicio de los profesionales sanitarios implicados, algo fútil, que solo contribuye a prolongar en el tiempo una situación clínica carente de expectativas razonables de mejoría.

Es importante también tener en cuenta la definición de suicidio asistido, el cual consiste en la facilitación a la persona que desea morir de fármacos u otras sustancias que puedan ser auto administrados para producirle la muerte.

Existen, por tanto, importantes diferencias entre eutanasia, suicidio asistido y limitación del esfuerzo terapéutico. Mientras que en la eutanasia y el suicidio asistido la muerte se produce por una acción deliberada e intencionada de producir la muerte a través de la administración de un agente externo, en la limitación del esfuerzo terapéutico la muerte se produce a consecuencia de la enfermedad, y es ésta la que genera la muerte del paciente. Solamente en este último contexto (limitación del esfuerzo terapéutico) la acción del médico, a través de los cuidados paliativos puede ser considerada una buena práctica clínica, con independencia del tiempo que transcurra desde la toma de decisión de la limitación terapéutica y la muerte. Durante ese periodo, las actividades de los equipos médicos van dirigidas a paliar el dolor y

¹ Ley 2/2010, de 8 de abril, de Derechos y Garantías de la Dignidad de la Persona en el Proceso de la Muerte. Boletín Oficial de la Junta de Andalucía

aliviar el sufrimiento, y la muerte se producirá a consecuencia de la enfermedad y no como consecuencia de la administración de fármacos u otros agentes externos.

En Holanda existen diversos procedimientos para producir la muerte del paciente, ninguno de los cuales se relaciona con el alivio de los síntomas, sino que buscan directamente producir la muerte a través de una parada cardíaca. Lo más frecuentemente utilizado es la administración de barbitúricos a altas dosis para inducir el coma del paciente, seguido de la administración de fármacos paralizantes musculares que generen una parada respiratoria y, en consecuencia, una posterior parada cardíaca. En otras ocasiones, se emplea cloruro potásico intravenoso para producir directamente la parada cardíaca.²

En 367 casos de eutanasia investigados por Van der Walet al, las drogas más empleadas con fines eutanásicos fueron: relajantes musculares en el 55 % de los casos, barbitúricos en el 49 %, morfina en el 29 %, y otros fármacos en el 9 %. En el 23 %, las benzodiazepinas fueron combinadas con un relajante muscular, y en el 20 % los barbitúricos se combinaron con el paralizante muscular.³

La relación causa-efecto entre la administración de fármacos para producir la eutanasia y el momento de la muerte es tan evidente que, en varias series de práctica de eutanasia en Holanda, en más del 60 % de los casos la muerte del paciente se produjo en la primera hora tras la administración del fármaco. ⁴

La realidad de la práctica de la eutanasia en el mundo sobrepasa con mucho la propia definición de eutanasia en lo relativo a que la “muerte se produce en pacientes con enfermedades incurables en estadios terminales.” Porque, aunque bien es cierto, que en muchas ocasiones la eutanasia es aplicada a pacientes con enfermedades en situación terminal, en otras se aplica a pacientes con enfermedades irreversibles, pero no terminales.

Un grupo de enfermedades que frecuentemente se ha asociado a la eutanasia son las enfermedades degenerativas neuromusculares. Entre ellas destaca la esclerosis lateral amiotrófica (ELA), enfermedad que produce una debilidad muscular progresiva que termina en fallo respiratorio. Así, en un estudio realizado en Holanda en pacientes con ELA, un 20 % de ellos eligieron la eutanasia o el suicidio asistido para generar su muerte. Así como la decisión de eutanasia o suicidio asistido no tuvo relación alguna con los aspectos clínicos de la enfermedad, sí pudo observarse que aquellos pacientes en los que la religión era importante en su vida eran menos proclives a solicitar o desear la eutanasia.

También en Bélgica la mayor parte de los pacientes sometidos a la eutanasia no lo son por enfermedades terminales, sino, en la mayoría de los casos, por enfermedades irreversibles, aunque no en estadio terminal. Así, en algunos estudios, la incidencia de pacientes neoplásicos en los que se realiza eutanasia o ayuda al suicidio asistido abarca casi el 70% de los pacientes. Por el contrario, en otros estudios como el que analiza los certificados médicos emitidos en Flandes (Bélgica), la mayor parte de las patologías que generaron una demanda de eutanasia fueron neurológicas: déficit neurológico secundario a patología cerebrovascular en un 28.2 % de los casos, y procesos neurológicos no vasculares (22.4%). Otras patologías como un 26.5%,

² Kimsma G.K. (2002) Euthanasia Drugs in the Netherlands. In: Thomasma D.C., Kimbrough-Kushner T., Kimsma G.K., Ciesielski-Carlucci C. (eds) Die: Inside the Dutch Debate about Euthanasia. Springer, Dordrecht

³ Van der Wal GA. Euthanasie en hulp bij zelfdoding door huisartsen. Rotterdam, Wyt Uitgeefgroep, 1992

⁴ Muller MT, Van der Wal G, van Eijk JthM, Ribbe MW. Voluntary active euthanasia and physician assisted suicide in Dutch nursing homes: are the requirements for prudent practice properly met? Journal of the American Geriatrics Society 1994;42:624-9

enfermedades cardiovasculares con un 14.4%) y neoplasias con un 14.4% de los casos generaron una demanda de eutanasia ." ^{5,6,7}

Valoración bioética

Para adentrarnos en la valoración bioética del hecho de provocar deliberadamente la muerte de alguien, según concurren o no determinadas circunstancias, éstas deberán ser valoradas, así como la licitud misma de la intervención médica o la compatibilidad de esta práctica con el respeto a la dignidad humana que toda persona merece, independientemente de las circunstancias que atraviese.

El sufrimiento en el final de la vida

El sufrimiento referido por los pacientes en los procesos crónicos, terminales o agónicos, incluyen algunos síntomas de difícil control por los medios terapéuticos habituales, que entrañan una dificultad que puede parecer insoportable en determinados casos. Estos síntomas han sido definidos como "síntomas refractarios" y "síntomas difíciles". ⁸

El término refractario puede aplicarse a un síntoma cuando éste no puede ser adecuadamente controlado a pesar de los esfuerzos para hallar un tratamiento tolerable, en un plazo de tiempo razonable, sin que comprometa la conciencia del paciente.

Sin embargo, el término difícil puede aplicarse a un síntoma que para su adecuado control precisa de una intervención terapéutica intensiva, más allá de los medios habituales, tanto desde el punto de vista farmacológico, instrumental y/o psicológico.

Los síntomas clínicos más habituales en estos casos son, dolor intenso, disnea, delirio o distrés psicológico. A ellos cabe añadir el sufrimiento psicológico del paciente que teme por su desenlace, por el sufrimiento que puede sobrevenirle, por la soledad con que deberá abordarlo o por la falta de sentido existencial para afrontar positivamente una experiencia así.

No obstante, en muchos casos en los que los pacientes han pedido la eutanasia, no se trata de pacientes moribundos, sino de pacientes en que sus limitaciones físicas imposibilitan un desempeño normal de su vida, en muchos casos por un insuficiente apoyo familiar y/o social. Muchos pacientes no desean la muerte por la presencia de dolor insoportable, sino, sobre todo, y así lo refleja la literatura, por la pérdida de autonomía y la percepción de una baja dignidad. ⁹

⁵ Emanuel EJ, Onwuteaka-Philipsen BD, Urwin JW, Cohen J. Attitudes and Practices of Euthanasia and Physician-Assisted Suicide in the United States, Canada, and Europe. *Jama*. 2016;316(1):79-90. Epub 2016/07/06.

⁶ Pardon K, Chambaere K, Pasmán HR, Deschepper R, Rietjens J, Deliens L. Trends in end-of-life decision making in patients with and without cancer. *Journal of clinical oncology : official journal of the American Society of Clinical Oncology*. 2013;31(11):1450-7. Epub 2013/03/13.

⁷ Onwuteaka-Philipsen BD, Brinkman-Stoppelenburg A, Penning C, de Jong-Krul GJ, van Delden JJ, van der Heide A. Trends in end-of-life practices before and after the enactment of the euthanasia law in the Netherlands from 1990 to 2010: a repeated cross-sectional survey. *Lancet*. 2012;380(9845):908-15. Epub 2012/07/14.

⁸ Cherny NI, Portenoy RK. Sedation in the management of refractory symptoms: guidelines for evaluation and treatment. *J Palliat Care* 1994;10(2):31-8.

⁹ Emanuel EJ, Onwuteaka-Philipsen BD, Urwin JW, Cohen J. Attitudes and Practices of Euthanasia and Physician-Assisted Suicide in the United States, Canada, and Europe. *Jama*. 2016;316(1):79-90. Epub 2016/07/06.

Son estas circunstancias las que pueden desencadenar en el paciente que sufre el denominado Deseo de Muerte Anticipada, que debe ser considerado como una consecuencia más del propio proceso degenerativo y que, lejos de constituir la razón para la aplicación de la eutanasia, representa más bien un síntoma más que requiere ser incluido en el tratamiento paliativo integral que el paciente requiere.

Por tanto, el sufrimiento en la etapa final de la vida o en la enfermedad crónica avanzada no se limita a los síntomas clínicos, sino que afectan a la persona en su integridad, esto es, también a sus dimensiones psíquica y espiritual o trascendente.

Resulta imprescindible establecer con claridad lo anterior para plantear con éxito cuál debe ser la intervención con estos pacientes, que como puede deducirse, va más allá del tratamiento de los síntomas refractarios o difíciles.

¿Acompañar o terminar con la vida?

El dilema se plantea ante un paciente que sufre o teme sufrir padecimientos insoportables en un determinado momento de su enfermedad o en una experiencia de profunda angustia vital, no siempre relacionada con una enfermedad física.

El desarrollo y progresiva implantación de la medicina paliativa, especializada en el acompañamiento y tratamiento de todos los síntomas que acompañan a los pacientes en estas circunstancias, ha abierto nuevas perspectivas en el abordaje del sufrimiento en procesos crónicos, incurables o terminales.

Los cuidados paliativos ofrecen un sistema de soporte para ayudar al paciente y su familia a adaptarse durante la enfermedad y en el duelo. Utilizan una aproximación de equipo para responder a las necesidades de los pacientes y sus familias, incluyendo soporte emocional en el duelo, cuando esté indicado. Mejoran la calidad de vida y pueden también influir positivamente en el curso de la enfermedad.

Son aplicables de forma precoz, en conjunción con otros tratamientos que pueden prolongar la vida, tales como quimioterapia o radioterapia, e incluyen aquellas investigaciones necesarias para comprender mejor y manejar situaciones clínicas complejas.¹⁰

Estos cuidados incluyen la posibilidad de realizar una sedación, que supone pérdida de consciencia, en diferentes grados según las necesidades de cada circunstancia. Así puede hablarse de sedación transitoria, paliativa o terminal según sus características. Supondrán una disminución de la consciencia de los pacientes en diferentes grados y, consecuentemente, resultarán reversibles o irreversibles.

Eutanasia: el fracaso de la medicina paliativa

El planteamiento de la posibilidad de terminar con la vida de un paciente que sufre algunos de los síntomas descritos, resulta un claro exponente del fracaso de la medicina paliativa o, quizá, la consecuencia de su no utilización.

¹⁰ Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Estrategia en Cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud. Actualización 2010-2014. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2011. Disponible en: <http://publicacionesoficiales.boe.es>.

Entre los fines de la medicina se encuentran el alivio del dolor del paciente, el alivio del sufrimiento, el cuidado de los enfermos incurables y la búsqueda de la muerte tranquila.¹¹

De hecho, el artículo 28.1 del Código de Ética y Deontología Médica de la Organización Médica Colegial española afirma que “El médico nunca procurará intencionadamente la muerte de un paciente, ni por propia decisión, ni cuando el enfermo o sus allegados lo soliciten, ni por ninguna otra exigencia. La eutanasia u “homicidio por compasión” es contraria a la ética médica”.

No parece existir, por tanto, desde la perspectiva deontológica profesional, espacio para la considerar la licitud de intervenciones médicas, cualesquiera que fueran, dirigidas a lograr, como primer efecto, la muerte del paciente, independientemente de sus circunstancias.

Y en su artículo 28.2, el mencionado Código explicita lo siguiente: “En caso de enfermedad incurable y terminal, el médico debe limitarse a aliviar los dolores físicos y morales, manteniendo en todo lo posible la calidad de una vida que se agota, y evitando emprender o continuar acciones terapéuticas sin esperanza, inútiles u obstinadas. Asistirá al enfermo hasta el final, con el respeto que merece la dignidad humana.”

Emprender, por tanto, acciones dirigidas a terminar con la vida de un paciente, implica desentenderse de la obligación deontológica que todo profesional contrae con sus pacientes, adoptando la postura exactamente opuesta a aquella que justifica su ejercicio profesional, orientado a proporcionar salud y aliviar el sufrimiento de las personas que lo padecen, como una exigencia que brota de la dignidad humana y el derecho a vivir.

Cuidados paliativos: ¿Antídoto contra la eutanasia?

“La Organización Mundial de la Salud (OMS) denuncia que la atención de cuidados paliativos sigue siendo "insuficiente" a nivel global, ya que cada año sólo los reciben el 14 por ciento de los pacientes que los necesitan. La asistencia paliativa alcanza su mayor grado de eficacia cuando se implementa en una etapa temprana en el curso de la enfermedad, según recuerda este organismo en su página web, dado que "no sólo mejora la calidad de vida de los pacientes, sino que además reduce las hospitalizaciones innecesarias y el uso de los servicios de salud".¹²

En España, según informó SECPAL EN 2014, la atención integral al final de la vida es un derecho que no está garantizado para todos los enfermos y familias que sufren una enfermedad avanzada, crónica e irreversible, y sus consecuencias físicas, emocionales y espirituales.¹³ La falta de equidad en la distribución de los recursos de paliativos provoca que la cobertura llegue a menos del 60% de la población española, lo que es una causa de sufrimiento evitable para miles de personas. Los cuidados paliativos son, según explica Álvaro Gándara, presidente de SECPAL, “la única manera de aliviar el sufrimiento a causa de enfermedades avanzadas, crónicas e irreversibles, y la mejor estrategia para afrontar de manera digna la muerte de estos pacientes”.

¹¹ The goals of medicine. Setting new priorities. *The Hastings Center report*. 1996;26(6):S1-27. Epub 1996/11/01

¹² <https://www.redaccionmedica.com/secciones/sanidad-hoy/la-oms-alerta-la-cobertura-de-cuidados-paliativos- apenas-alcanza-el-14--5857>. Consultado el 10 de mayo de 2018

¹³ <http://secpal.com/Cerca-de-la-mitad-de-los-pacientes-que-necesitan-cuidados-paliativos-en-Espana-mueren-con-sufrimiento-por-falta-de-cobertura>. Consultado el 1 de mayo de 2018

Según afirmó Christoph Ostgathe, presidente del comité científico del 15 Congreso Mundial de la Asociación Europea de Cuidados Paliativos celebrado en Madrid en 2017, “el desarrollo de los servicios de cuidados paliativos permite reducir el número de demandas de eutanasia o suicidio asistido. Por su parte, Rafael Mota, presidente de la SECPAL afirma que «cuando hay una buena atención de equipos de profesionales de cuidados paliativos, con una implicación de la comunidad y una red de voluntariado, esas peticiones son cada vez menores». ¹⁴

Consecuencias de la legalización de la eutanasia: una pendiente resbaladiza

Tal como hemos publicado en la web del Observatorio de Bioética de la UCV, ¹⁵ un estudio que se realiza cada cinco años para conocer las causas de muerte de la población de Holanda ha revelado que más de 400 de sus ciudadanos perdieron la vida por la eutanasia sin que ellos hubieran dado su consentimiento. ¹⁶

Como indica la Coalición para la Prevención de la Eutanasia, el estudio, que abarca el período 2010-2015, contabilizó 7.254 suicidios asistidos de las cuales 431 fueron por “terminación de la vida sin petición”.

Ahora, en un reciente estudio publicado en *British Medical Journal*, ¹⁷ se recoge el dato de los últimos cinco años, donde el número de personas fallecidas por eutanasia en Holanda ha aumentado en un 67%, habiendo pasado de los 4.188 en 2012 a más de 7.000 en 2017.

Otro estudio concluye que la eutanasia y el suicidio asistido aumentan en los países en donde se legalizan ambas prácticas, y fundamentalmente en los pacientes con cáncer. ⁹

Pero hay más: en un estudio llevado a cabo en 1996 en Flandes, se pudo comprobar que el 3.3 % de las eutanasias se habría practicado sin la preceptiva petición del paciente. Es decir, se trataba de “eutanasia involuntaria”. En otro estudio, también realizado en Flandes, se comprobó que se habrían producido 1796 casos de eutanasias involuntarias (3.2 %). ¹⁸

En otro estudio más reciente de 2007, igualmente se comprobó que el porcentaje de las eutanasias involuntarias, no pedidas por el paciente, fue del 1.8 %, ¹⁹ y en otro de 2013 de 1.7 %. ²⁰ Sin embargo, en los pacientes de 80 años o más, el porcentaje de eutanasias involuntarias, no pedidas por el paciente, se elevó al 52.7 %. En aquellos con enfermedades

¹⁴ http://www.abc.es/sociedad/abci-mejorar-cuidados-paliativos-clave-para-poner-peticiones-eutanasia-201705181930_noticia.html. Consultado el 14 de abril de 2018

¹⁵ <http://www.observatoriobioetica.org/2018/02/aumentan-los-fallecidos-por-eutanasia-en-holanda/21820>. Consultado el 24 de abril de 2018

¹⁶ <http://statline.cbs.nl/Statweb/publication/?DM=SLNL&PA=81655NED&D1=a&D2=a&D3=a&D4=l&VW=T>. Consultado el 18 de abril de 2018

¹⁷ <https://www.bmj.com/content/359/bmj.j5283.full>. Consultado el 1 de mayo de 2018

¹⁸ Bernheim, JL. Euthanasia in Europe. *The Lancet*, 2001;357(9261):1038.

¹⁹ Chambaere, K., Bilsen, J., Cohen, J., Onwuteaka-Philipsen, B. D., Mortier, F., & Deliens, L. Physician-assisted deaths under the euthanasia law in Belgium: a population-based survey. *Canadian Medical Association Journal*. 2010;182(9): 895-901.

²⁰ Chambaere, K., Vander Stichele, R., Mortier, F., Cohen, J., & Deliens, L. Recent trends in euthanasia and other end-of-life practices in Belgium. *New England Journal of Medicine*. 2015;372(12):1179-1181.

distintas al cáncer llego hasta el 67.5 %. Hasta en un 77.9 % de los casos de eutanasia ésta no se discutió con el paciente. ²¹

Cabría añadir a este listado de problemas, la legalización de la eutanasia infantil, que el Senado belga aprobó recientemente.²² También la posibilidad de aplicar la eutanasia por el mero hecho de que un paciente sano la solicite, esto es, sin una causa médica objetiva que provoque un sufrimiento insoportable, sino simplemente porque están “cansados de vivir”. El Gobierno de coalición holandés solicitó en 2014 un informe a un comité de especialistas que se encargó de valorar la viabilidad legal y los dilemas sociales que supondría despenalizar el suicidio asistido a personas que piensan que "su vida está completa".²³

Igualmente, quedarían afectados por esta “pendiente resbaladiza” los pacientes con discapacidad crónica grave, que no pueden considerarse enfermos en estadio al final de la vida. Así como en pacientes terminales es previsible una evolución hacia la muerte definida por lo que probablemente necesita es una buena asistencia médica, espiritual y familiar, con terapia de confort o terapia paliativa, los enfermos con una discapacidad crónica tienen una previsión de supervivencia, en muchas ocasiones idénticas a las de los pacientes sin discapacidad o las personas sanas.

Estos supuestos muestran el verdadero rostro de la eutanasia que, desprovista de toda actitud compasiva, se muestra abiertamente como un homicidio legal.

Reflexión jurídica acerca de la ley de la eutanasia propuesta por el Partido Socialista

La propuesta de ley sobre la eutanasia por el partido socialista establece que, para las personas que soliciten la eutanasia o el suicidio asistido, la percepción del deseo de morir puede ser establecida en un periodo tan corto como 15 días. Probablemente los redactores de la proposición de ley desconocen la realidad de la asistencia sanitaria, en la que se sucede una serie de procesos emocionales por la que los pacientes pasan durante el período de su enfermedad. Es por todos conocido el hecho de que en determinadas situaciones de procesos agudos el paciente puede desear no vivir, y, sin embargo, pasados unos días, semanas o meses la perspectiva de desesperanza se transforma en un deseo de supervivencia muchas veces de gran intensidad. Los médicos, enfermeros y cuidadores que atienden a pacientes crónicos, como en unidades de lesionados medulares, pacientes con daño cerebral sobrevenido y otros, pueden aportar mucho al respecto.

En la Proposición de Ley ahora presentada, existe una significativa disociación entre la definición de eutanasia, la cual incluye el hecho de que la petición ha de ser “reiterada en el tiempo”, con el hecho de que los plazos propuestos para la realización del acto eutanásico sean sólo de 15 días.

El deseo de morir como presupuesto de un derecho subjetivo con visos de alcanzar rango constitucional

²¹ Cohen-Almagor, R. First do no harm: intentionally shortening lives of patients without their explicit request in Belgium. *Journal of medical ethics*, 2015, p. medethics-2014-102387.

²² http://www.bbc.com/mundo/noticias/2014/01/140109_eutanasia_para_menores_de_edad_belgica_ao. Consultado el 30 de abril de 2018

²³ <http://www.elmundo.es/sociedad/2016/10/13/57ffc565ca4741cc1c8b4602.html>. Consultado el 19 de abril de 2018

El planteamiento del derecho a morir o del derecho a una vida digna y, en consecuencia, a una muerte digna plantea la eliminación de la sanción penal de la eutanasia.

Asimismo se plantea que su prohibición y penalización suponen una vulneración de varios derechos fundamentales de la persona: el derecho a la vida, a integridad física y moral y a la autonomía personal. Todo ello, -tras las nuevas proposiciones de ley en caso de aprobarse- nos conduciría a dejar de contemplar el suicidio asistido y la ayuda médica “a morir” como un delito y a reconocerlo como un derecho de la persona.

Al hilo de la cuestión procede ponderar valores de gran importancia en conflicto. De un lado, la inviolabilidad de la vida, toda ella digna, y la necesidad de proteger al vulnerable de eventuales abusos y errores, y de otro lado el alcance de la autonomía de un adulto capaz que pide la muerte como respuesta a su condición médica grave e irreversible.

Analizando los distintos derechos en liza se puede argumentar lo que se expone a continuación.

1.La vida humana, en tanto derecho de la personalidad con reconocimiento constitucional e internacional no es renunciabile: El derecho a la vida consagrado en el art. 15 de la Constitución española.

Existe un reconocimiento internacional de la vida humana como valor fundamental y supremo del ordenamiento jurídico sobre la que se asientan y ejercitan otros valores y derechos del individuo, como la libertad, la igualdad y la justicia, fundamentos, asimismo, del orden político y la paz social.²⁴

El derecho a la vida, regulado en el artículo 15 de la Constitución española, es el primer y más importante de los derechos constitucionales afectados en esta materia en conexión con el derecho a la integridad física y moral garantizado en el mismo artículo.

Una cuestión fundamental es si el derecho a la vida incluye la facultad de disponer de ella, al menos en ciertos casos y, si es así, en cuáles y bajo qué circunstancias. Otra cuestión que cabe plantear es en qué precepto constitucional se debería incardinar el “nuevo derecho a morir” demandado, sin que proceda incluirlo a la sombra del derecho a la vida precisamente porque, *per se*, ambos conceptos son antagónicos.²⁵

²⁴ La Declaración Universal de los Derechos Humanos aprobada por la Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas el 10 de diciembre de 1948 proclama en su art. 3 el derecho de todo individuo a la vida; el Convenio Europeo de Roma de noviembre de 1950 para la Protección de los Derechos Humanos y de las Libertades Fundamentales en su art. 2,1-1.º establece que el derecho de toda persona a la vida está protegido por la ley; y el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos de 19 de diciembre de 1966 da inicio a la Parte III con el art. 6.1 recoge que el derecho a la vida es inherente a la persona humana, estará protegido por la ley y nadie podrá ser privado de la vida arbitrariamente.

²⁵ Rey Martínez, F., La ayuda médica a morir como derecho fundamental. (Comentario crítico de la sentencia de la Corte Suprema de Canadá de 6 de febrero de 2015, asunto *Carter v. Canadá*), Diario La Ley, Nº 8512, Sección Doctrina, 1 de Abril de 2015, p. 12.

En nuestra jurisprudencia, la declaración constitucional de que «todos tienen derecho a la vida...» (art. 15 CE) ²⁶ se ha entendido como argumento para asentar la prohibición de la eutanasia, al estimarse que el derecho a la vida que tutela el precepto constitucional tiene el sentido primordial de una garantía frente al Estado, que obliga a éste a respetar y proteger la vida de todos, con un contenido de protección positiva que impide configurarlo como un derecho de libertad que incluya el derecho a la propia muerte. Por tanto, confiere al Estado la obligación de respetar y proteger la vida incluso frente al titular de la misma. ²⁷ No procede, en mi opinión, incluir este deseo de morir a la sombra del derecho a la vida, en la medida en que no se reconoce que el derecho a la protección jurídica de la vida incluya la facultad de disponer de ella.

Ello no impide, sin embargo, reconocer que siendo la vida un derecho de la persona, pueda aquélla tácticamente disponer sobre algunos aspectos de su propia muerte, constituyendo esa disposición una manifestación del *agere licere*, en cuanto que la aceptación de la propia muerte es un acto que la ley no prohíbe (en el sentido de aceptar cuidados paliativos u oponerse al obstinación terapéutica -deberíamos añadir-) y no, en ningún modo, un derecho subjetivo que implique la posibilidad de movilizar el apoyo del poder público para vencer la resistencia que se oponga a la voluntad de morir, ²⁸ ni, mucho menos, un derecho subjetivo de carácter fundamental en el que esa posibilidad se extienda incluso frente a la resistencia del legislador, pretendiendo la modificación de la regulación y despojando de garantías el derecho al introducir reducciones del contenido esencial del mismo. El Tribunal Constitucional en las citadas sentencias insiste en que no es posible admitir que la Constitución garantice en su artículo 15 el derecho a la propia muerte, a prescindir de la propia vida, de tal manera que pueda consentir válidamente su muerte. Por ello, no puede deducirse que exista un derecho

²⁶ La Constitución española comienza la Sección 1.ª, denominada «De los derechos fundamentales y de las libertades públicas», dentro del Capítulo II que lleva por nombre «Derechos y libertades», del Título I «De los Derechos y deberes fundamentales», con el art. 15 (LA LEY 2500/1978), el cual proclama el derecho de todos a la vida, esto es, no hace distinción alguna, destacándose no sólo el reconocimiento de tal derecho como fundamental, sino también su ubicación, es decir, abre la Sección referida a los derechos fundamentales, estableciendo, por su parte, el núm. 1 del art. 9 (LA LEY 2500/1978) de la citada Ley Fundamental que «Los ciudadanos y los poderes públicos están sujetos a la Constitución y al resto del ordenamiento jurídico».

²⁷ STC 120/1990, de 27 de junio (Fundamento Jurídico 7) y STC 137/1990, de 30 de julio (Fundamento Jurídico 5) en relación a la huelga de hambre de determinados presos del GRAPO. Sin embargo, las sentencias comentadas han sido consideradas como relevantes en la discusión sobre el derecho a la vida en relación con la eutanasia.

²⁸ Es significativa la abundante jurisprudencia del TEDH que niega el derecho al suicidio asistido o la eutanasia por ser contrarios a la Convención Europea de Derechos Humanos, en concreto, la Sentencia del Tribunal Europeo de Derechos Humanos, *Pretty c. Reino Unido*, de 29 de abril de 2002 (sentencia de Sala) La demandante se encontraba en una fase terminal de esclerosis lateral amiotrófica, una enfermedad neurodegenerativa incurable que causa parálisis muscular. Su deseo era poder elegir el momento y la forma de morir debido al hecho de que esta fase terminal de la enfermedad le provocaría sufrimiento y pérdida de dignidad. La enfermedad de la demandante le impedía suicidarse por sí misma, por lo que su voluntad era poder contar con la ayuda de su marido para ello. Sin embargo, si bien la ley inglesa no consideraba el suicidio como un delito, sí lo era el ayudar a otros a cometer suicidio. Por ello, la demandante se quejó de la negativa de las autoridades a asumir el compromiso de no procesar a su esposo en el caso de que éste la ayudara a morir. El Tribunal consideró que no hubo violación del artículo 2 (derecho a la vida) del Convenio, toda vez que este derecho no podía interpretarse, salvo que se distorsionara el lenguaje de manera diametralmente opuesta, de forma que confiriera el derecho a morir. El Tribunal también concluyó que no hubo violación del artículo 3 (prohibición de tratos inhumanos o degradantes) del Convenio. En este caso, el Tribunal comprendía el temor de la demandante de tener que enfrentarse a una dolorosa muerte sin la oportunidad de poder poner fin a sus días como ella deseaba. Sin embargo, el argumento expuesto por la demandante sobre la existencia de una obligación positiva por parte del Estado habría requerido a éste autorizar acciones destinadas a interrumpir la vida, obligación que no se puede deducir del artículo 3. El Tribunal concluyó que no se habían violado los artículos 8 (derecho al respeto de la vida privada), 9 (libertad de conciencia) y 14 (prohibición de discriminación) del Convenio.

subjetivo a la propia muerte garantizado en la Constitución.²⁹ De ahí que el castigo del homicidio consentido no pueda considerarse inconstitucional.

Consecuentemente analizado y excluido el derecho a morir, se abre un nuevo frente: si no cabe el derecho a la muerte al amparo del precepto constitucional, se plantea por los partidarios de la eutanasia, la cuestión de la dignidad de la muerte o derecho a vivir con dignidad el proceso de la muerte: cambiamos el sustantivo: “derecho” por “dignidad”.

En la discusión habitual sobre la dignidad y el derecho a morir, la cuestión que se plantea es si toda vida humana es digna o si por debajo de un indefinido umbral de calidad la exigencia de la muerte se incardina en un derecho precisamente a la mal llamada dignidad de la muerte. Morirse cuando uno quiere, sin interferencias de nadie, no es derecho a la muerte digna. ³⁰ El deseo de morir llevado a la práctica no dota a la muerte de mayor dignidad. Por el contrario, en el debate sobre la eutanasia se plantean dos argumentos trampa: la calidad de la vida del individuo y su deseo de morir. Y dos actitudes demandadas al Estado y a la comunidad: la de abstenerse de sanciones punibles ante la decisión de matarse de un individuo, por un lado; y la de colaborar en el suicidio asistido o muerte médica provocada con medios humanos, farmacológicos, técnicos y económicos.

El deseo de no seguir viviendo en determinadas circunstancias, que contemplarían los cuidados paliativos, así como la limitación de esfuerzo terapéutico, esto es, la ayuda “en el morir”, en el que la muerte no es pretendida, ni como fin ni como medio, sino solamente prevista y tolerada como inevitable, no debe ser confundida con la ayuda médica “a morir” que incluye el suicidio asistido por el médico y la eutanasia médica activa directa. Actualmente la mayoría de los países democráticos permite la ayuda médica “en el morir”, pero prohíbe la ayuda médica “a morir”. No es lo mismo *matar* o *suicidarse* que *dejarse morir*. En los dos primeros casos, la causa de la muerte es el acto de un tercero o del propio paciente, mientras que, en el tercero, la causa de la muerte es la enfermedad subyacente. ³¹

Los partidarios de la eutanasia pretenden poner el acento y la justificación de su exigencia en la existencia de vidas carentes de valor vital, es decir, indignas. ³² Esta inadecuada distinción entre los seres humanos, dignos e indignos tuvo graves consecuencias en recientes épocas del pasado siglo y actualmente se pretende que las consideradas vidas indignas puedan finalizarse a voluntad del individuo y quizá más adelante, de terceros interesados: familiares, médicos, gestores del sistema de salud o del sistema de pensiones, y desgraciadamente también, los tribunales de justicia, etc. En cualquier caso, debe ser evitado –penalmente incluso- que bienes jurídicos tan trascendentes como la vida y la dignidad de la persona queden al albur de las ocasionales opiniones y emociones de los profesionales de la sanidad, de los operadores

²⁹ Marcos Del Cano, A. M., La eutanasia. Estudio filosófico-jurídico, Marcial Pons, Madrid, 1999, p. 153.

³⁰ Miguel Serrano, J., Sentencias constitucionales sobre la muerte digna. *Persona y Derecho*, 54 (2006) p. 237 en http://eprints.ucm.es/12001/1/PD_541_12_sentencias_constitucionales_sobre_la_muerte_digna.pdf obt. 9 de mayo 2018.

³¹ Rey Martínez, F., La ayuda médica a morir como derecho fundamental. (Comentario crítico de la sentencia de la Corte Suprema de Canadá de 6 de febrero de 2015, asunto *Carter v. Canadá*), *Diario La Ley*, Nº 8512, Sección Doctrina, 1 de abril de 2015, p.10.

³² La persona conforma un todo integral y completo, que incorpora tanto los aspectos puramente materiales, físicos y biológicos como los de orden espiritual, mental y síquico. Su vida y su salud, para corresponder verdaderamente a la dignidad humana, exige la confluencia de todos esos factores como esenciales, en cuanto contribuyen a configurar el conjunto del individuo.

jurídicos o de los familiares o allegados del enfermo.³³ En la raíz de la polémica se encuentra la calificación de qué debe considerarse como vida indigna y quién lo decide ¿el Estado, los tribunales, los médicos, los familiares? Ello comporta un futuro incierto para algunos colectivos como los discapacitados y los menores, sobre los que otros podrían decidir y para la tercera edad, colectivo muy vulnerable que puede ser presionado para solicitar el suicidio asistido.

Si acabaran por aprobarse las propuestas legislativas presentadas el pasado 3 de mayo, no sólo se estaría reconociendo la existencia de vidas y enfermedades indignas, también se estaría discriminando a los individuos con vidas *dignas* que ya no quieran seguir viviéndolas. Porque si se reconociera un derecho a morir ¿por qué limitarlo únicamente a algunos individuos? Este, por desgracia sería el siguiente paso, resbaladizo y muy peligroso.

En todo caso, las sanciones del art. 143 del Código Penal significan que en nuestro ordenamiento jurídico positivo no está reconocido el llamado derecho a disponer de la propia vida, de lo contrario, no podrían ser tratados como delictivos los actos de cooperación al ejercicio del suicidio asistido. La sanción penal de la ayuda médica “a morir” –que ahora se pretende eliminar- refleja la gravedad con que el ordenamiento contempla la decisión de privarse de la vida o de privarla a otro y la renuencia a aceptar o promover tales decisiones. Si se despenalizaran, ello reflejaría un cambio de valoración hacia esas conductas. Se convertirían en una medida más del arsenal de tratamientos médicos, con el riesgo añadido que ello supone y la falta de garantías en la defensa de vida y dignidad humanas del enfermo.³⁴

2. La prohibición del suicidio, aún el asistido, no supone vulneración del derecho a la integridad física y moral

Entendió el Tribunal Constitucional en su Sentencia 137/1990, de 30 de julio, FJ 6, que el derecho a la integridad física y moral que el precepto constitucional (art. 15) protege, lo hace no sólo contra ataques dirigidos a lesionar su cuerpo o espíritu, sino también contra toda clase de intervención en esos bienes que carezca del consentimiento de su titular, por lo que este derecho constitucional resultará afectado cuando se imponga a una persona asistencia médica en contra de su voluntad, y, por consiguiente, esa asistencia médica coactiva constituirá limitación vulneradora del derecho fundamental, a no ser que tenga justificación constitucional.³⁵ No obstante, téngase en cuenta que algunas leyes impiden al individuo poner en riesgo su integridad física y, por ende, su vida, y no por ello se entiende que vulneran los derechos fundamentales a la vida, integridad física ni libertad.³⁶ Es más, el derecho a la vida no sólo no debe ser objeto de agresiones por parte de los Poderes Públicos, sino que, además,

³³ Jiménez Villarejo, J., La muerte digna en nuestro derecho. *El notario del siglo XXI* - marzo-abril 2018 / Nº 78, obt. el 9 de mayo 2018, en <http://www.elnotario.es/index.php/hemeroteca/revista-26/1530-la-muerte-digna-en-nuestro-derecho-0-4988930602547648>

³⁴ Rey Martínez, F., La ayuda médica a morir como derecho fundamental. (Comentario crítico de la sentencia de la Corte Suprema de Canadá de 6 de febrero de 2015, asunto *Carter v. Canadá*), *Diario La Ley*, Nº 8512, Sección Doctrina, 1 de Abril de 2015, p. 12.

³⁵ FJ 7 STC 120/1990, de 27 de junio, cit.

³⁶ El RD 1723/2012, de 28 de diciembre, por el que se regulan las actividades de obtención, utilización clínica y coordinación territorial de los órganos humanos destinados al trasplante y se establecen requisitos de calidad y seguridad, regula en su art. 8, en relación con los requisitos para la obtención de órganos de donante vivo, la exigencia de que su obtención sea compatible con la vida. El artículo 13 del Real Decreto Legislativo 6/2015, de 30 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley sobre Tráfico, Circulación de Vehículos a Motor y Seguridad Vial, establece la obligatoriedad del uso de cascos y otros elementos de protección en la circulación para la protección de la salud y la vida del usuario.

éstos deben actuar garantizando y apoyando tan importante derecho.³⁷ Lo que conviene poner en relación con lo que se expone a continuación.

3. El derecho a la libre disposición de la propia vida como falso corolario del derecho de autodeterminación en que se manifiesta la dignidad de la persona.

El deseo del ser humano de poner fin a su vida, por motivaciones varias, no constituye un derecho subjetivo de libertad como ya hemos analizado según jurisprudencia del TC.³⁸ Los derechos de la persona son irrenunciables incluso para el propio sujeto que los detenta.

La decisión de acabar con la propia vida, en el ejercicio de la autonomía de la voluntad choca frontalmente con los límites de la misma: la ley, la moral y el orden público. La libertad no es un derecho ni un valor del ordenamiento jurídico con mayor rango que el derecho a la vida.³⁹

Que el derecho penal, desde hace unos años, desista de castigar la tentativa de suicidio, por la evidente inutilidad de imponer una pena al que está dispuesto a imponerse a sí mismo lo más grave que cabe imaginar, no convierte su acción antijurídica en un derecho al suicidio. En consecuencia, si la persona que se quita la vida no ejerce un derecho tampoco lo puede transmitir a otro ni dar lugar a la aparición de un deber de prestación – la ayuda al suicidio – que correspondería contra toda lógica a un derecho inexistente. La consecuencia de este razonamiento es que la intervención ejecutiva o cooperativa en el suicidio ajeno no puede quedar, en principio, fuera de derecho penal.⁴⁰

El derecho a la libertad y la autonomía personal consagrado en el artículo 17 de la Carta Magna no incluyen la libertad de exigir medidas o fármacos letales que persigan como finalidad la muerte del sujeto, quien lo solicita por haber dejado de ser deseable la vida para él.⁴¹ Quienes postulan la admisión del derecho al suicidio asistido, entienden que la autodeterminación de la propia vida no sólo implica la libre conducción del proyecto vital de cada uno sino también la potestad de decidir cuándo y en qué circunstancia se debe poner fin a su realización.⁴²

Este deseo de morir no constituye un derecho que conceda una elección subjetiva al gusto digno de cada individuo para elegir su propia muerte; no supone un derecho subjetivo que

³⁷ Ballesteros Martín, M.J., en "Reflexiones en torno a la eutanasia. Artículo 143.4 del Código Penal, reconocimiento del derecho a la vida y principio de intervención mínima penal: consecuencias procesales, Diario la Ley, nº 5741, 18 de marzo de 2003, p.1.

³⁸ Véase asimismo STC 31/2010 a consecuencia del recurso que interpuso el Partido Popular al Estatuto de Cataluña se encontraba el reproche de inconstitucionalidad al art. 20 EACat sobre el derecho a vivir con dignidad el proceso de la muerte. En su FJ 19 establece que "vivir con dignidad el proceso de [la] muerte" no es sino una manifestación del derecho a la vida digna y con el mismo alcance que para ese concepto puede deducirse de los arts. 10.1 y 15 CE, es decir, sin que necesariamente se implique con ello el derecho a la muerte asistida o a la eutanasia."

³⁹ En el mismo sentido, Ballesteros Martín, M.J., en "Reflexiones en torno a la eutanasia. Artículo 143.4 del Código Penal, reconocimiento del derecho a la vida y principio de intervención mínima penal: consecuencias procesales, Diario la Ley, nº 5741, 18 de marzo de 2003, p.1.

⁴⁰ Jiménez Villarejo, J., La muerte digna en nuestro derecho. El notario del siglo XXI - marzo-abril 2018 / Nº 78, obt. el 9 de mayo 2018, en <http://www.elnotario.es/index.php/hemeroteca/revista-26/1530-la-muerte-digna-en-nuestro-derecho-0-4988930602547648>.

⁴¹ las Sentencia TC 120/1990, de 27 de junio y de la 137/1990, de 30 de julio citadas establecen: "La libertad de rechazar tratamientos terapéuticos como manifestación de la libre autodeterminación de la persona, no puede entenderse incluida en la esfera del art 17, 1 CE".

⁴² Vid. Jiménez Villarejo, J., La muerte digna en nuestro derecho. El notario del siglo XXI - marzo-abril 2018 / Nº 78, obt. el 9 de mayo 2018, en <http://www.elnotario.es/index.php/hemeroteca/revista-26/1530-la-muerte-digna-en-nuestro-derecho-0-4988930602547648>.

obligue al Estado a una determinada prestación, supuesto que otra vez nos conduciría a la eutanasia activa. Por el contrario, sobre la base de la autonomía de la voluntad se podría afirmar la facultad del paciente de rechazar determinados tratamientos terapéuticos y por tanto, por un lado, garantiza que un tratamiento médico no se prolongue contra su voluntad (obstinación terapéutica); por otro, que en el proceso irremediable de la muerte, la persona/paciente no sufra innecesariamente, esto es, que pueda recibir unos cuidados paliativos y su dolor sea tratado, aliviado en la medida de lo posible.⁴³

De esta forma sí se garantiza y protege el derecho a la muerte digna.

Conclusión

¿Por qué se da una valoración bioética distinta a la eutanasia y el suicidio?

El juicio ético de la eutanasia y el suicidio asistido muestra la contradicción que subyace a estas prácticas cuando pretende establecerse la diferencia que existe entre el derecho a la eutanasia y el suicidio. Ciertamente, a nuestro juicio, ambas acciones son en el fondo muy similares en cuanto expresan un deseo de la persona de quitarse la vida, y en ambos casos seguramente por un motivo doloroso que les afecta profundamente. Es posible que esto se vea más claramente en los actos eutanásicos, pero nos parece que también existe siempre en el fondo de los actos suicidas.

Ante ello cabría preguntarse: ¿por qué en el acto eutanásico prevalece la idea de ayudar a la persona a conseguir su objetivo, incluso con la participación de terceros, y en cambio en el suicidio se trata de disuadir al suicida por todos los medios, incluso en ocasiones poniendo en peligro la vida de otras personas o interviniendo médicamente para restituírle la salud si el intento ha sido frustrado?

Podría decirse que una especie de “genética evolutiva social”, ligada al instinto de supervivencia y la natural inclinación al respeto a la dignidad propia y ajena, nos inducen a saber que siempre hay que intentar salvar la vida de las personas, aunque su intención explícita sea quitársela, como ocurre con los suicidas.

Eutanasia y libertad

¿Es acabar con la propia vida un acto realmente libre? La pregunta es pertinente porque, los actos libres son aquellos que intensifican la libertad, aquellos que incrementan nuestras capacidades para vivir y que mejoran a la persona. Por ello, un acto que ponga fin a la propia vida sería un acto que impediría realizar más actos, iría en contra de esa posibilidad de incrementar nuestra capacidad de libertad. En consecuencia, ¿no será el suicidio un acto contradictorio con la libertad humana? Un acto que impide realizar nuevos actos, según esta premisa, contradice la libertad. Si la libertad se niega a sí misma en su ejercicio, ¿qué es realmente?

“Primum non nocere”

Esta locución latina, atribuida a Hipócrates, establece un marco deontológico y bioético para el ejercicio de la medicina en el respeto a la dignidad humana. Cuesta imaginar un mal mayor que

⁴³ Pérez Miras, A., Muerte digna y estatutos de autonomía, Vol. 25, p. 100. Extraordinario XXIV Congreso 2015, obt. 9 mayo 2018 en file:///E:/EUTANASIA/DialnetMuerteDignaYEstatutosDeAutonomia-5635392.pdf

pueda provocarse a una persona que terminar con su vida. Es el mal definitivo, el mal irreversible.

No existen diferencias en el juicio ético de la eutanasia y el suicidio asistido, como tampoco pueden establecerse para cualquier otro caso en el que los medios clínicos disponibles no se usan para curar o aliviar sino para exterminar.

La eutanasia y el suicidio asistido desvirtúan la medicina, traicionan sus principios y envilecen a quien los propugna, los defiende, los justifica o los facilita.

La extensión, perfeccionamiento y especialización de los cuidados paliativos como medio eficaz para abordar el sufrimiento de la enfermedad grave e incurable o de los pacientes terminales en cualquier circunstancia que lo requiera, muestra, en cambio, el rostro amable de la ciencia médica, que dedica sus esfuerzos a tratar con la dignidad que merece a toda persona que sufra, incluido como componente de este sufrimiento el deseo de muerte anticipada.

Como expresó el Papa Juan Pablo II, “la eutanasia es uno de los dramas causados por una ética que pretende establecer quién puede vivir y quién debe morir. Incluso cuando esté motivada por sentimientos de compasión malentendida, la eutanasia en vez de rescatar a la persona de los sufrimientos, la suprime. “⁴⁴

*Julio Tudela, José M^a Domínguez Roldan
Rafael Monterde, Pilar María Estellés y Justo Aznar
Observatorio de Bioética
Instituto de Ciencias de la Vida
Universidad Católica de Valencia “San Vicente Mártir”*

⁴⁴ Papa Juan Pablo II. Vaticano, 12 nov. 2004. Conferencia internacional sobre las curas paliativas, patrocinada por el Pontificio Consejo para la Pastoral de la Salud.