

Eutanasia y suicidio asistido: Un debate necesario

Número 3. Noviembre 2009

Fernando Aguiar
Rafael Serrano
Dolores Sesma



La Fundación Centro de Estudios Andaluces es una entidad de carácter científico y cultural, sin ánimo de lucro, adscrita a la Consejería de la Presidencia de la Junta de Andalucía. Entre nuestros objetivos fundacionales se establecen el fomento de la investigación científica, la generación de conocimiento sobre la realidad social, económica y cultural de Andalucía y la difusión de sus resultados en beneficio de toda la sociedad.

Nuestro compromiso con el progreso de Andalucía nos impulsa a la creación de espacios de intercambio de conocimiento con la comunidad científica e intelectual y con la ciudadanía en general, y a la colaboración activa con las instituciones públicas y privadas que influyen en el desarrollo de la Comunidad Autónoma.

La colección POLICY PAPERS tiene como objeto brindar un espacio para la reflexión y el debate sobre las principales cuestiones presentes en la agenda política de la administración, con especial impacto en la sociedad andaluza. Su finalidad es difundir un análisis científico, riguroso e independiente entre el personal dedicado a la función pública, facilitando material y recursos de utilidad en el proceso de planificación de las políticas públicas.

Las opiniones publicadas por los autores en esta colección son de su exclusiva responsabilidad

iniciación de
lemas

Soluciones
implementación
diseño de p



Fundación Centro de Estudios Andaluces.
Consejería de la Presidencia. Junta de Andalucía.
fundacion@centrodeestudiosandaluces.es
www.centrodeestudiosandaluces.es

Documento bajo licencia 3.0 de Creative Commons.
No se permite uso comercial de la obra ni la generación
de obras derivadas:
<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/es>



Edición sostenible. Documento electrónico de
lectura en pantalla. Si no es necesario, no lo imprima.



Centro de Estudios Andaluces
CONSEJERÍA DE LA PRESIDENCIA

EUTANASIA Y SUICIDIO ASISTIDO: UN DEBATE NECESARIO

Fernando Aguiar
Rafael Serrano Del Rosal
Dolores Sesma

Resumen

Hoy en día se considera que los cuidados paliativos son un derecho de los ciudadanos. Nadie rechaza, pues, que se limite el esfuerzo terapéutico en enfermos terminales que padecen graves sufrimientos o que se les administre sedación paliativa. Esto es así porque se admite que el enfermo terminal es una persona libre y autónoma que, bien informada, debe decidir cómo quiere morir. Sin embargo, esa autonomía tiene un claro límite: la eutanasia y el suicidio asistido son ilegales. En este trabajo defendemos que esa limitación de la autonomía no se apoya ni en argumentos morales definitivos ni en la opinión de la población española, lo que genera serias dudas sobre los motivos para sancionar ambas prácticas.

Hacia una nueva cultura de la buena muerte

Para la mayoría de las personas la muerte ideal sería la que sobreviniera en casa cuando se es ya viejo (ochenta años o más), la que llegara sin dolor y sin que fuéramos demasiado conscientes de ella. La muerte que se prefiere es, además, una muerte en compañía de familiares y amigos, a ser posible rápida o repentina, pues así no se es una carga para nadie. La muerte ideal es una buena muerte, plácida y digna.

Pese a que el *canon de la muerte* no es más que un ideal¹, hoy en día los países con modernos sistemas sanitarios están en condiciones de acercarse a ese ideal. Ningún sistema sanitario puede asegurarnos, desde luego, que no moriremos de forma prematura (eso sería ciencia ficción), pero sí cuentan con medios para aliviar o incluso erradicar el dolor, paliando el miedo y la angustia de quien va a morir; pueden y deben permitir que en el trance de la muerte estemos rodeados de nuestros amigos y familiares, facilitando incluso la muerte en casa asistidos por profesionales; pueden procurar, en fin, que la muerte sea lo más rápida posible, evitando así largas y penosas agonías. Los modernos sistemas sanitarios están en condiciones, pues, de acercarse al ideal de una buena muerte, humanizando de esta forma el proceso de morir.

Los modernos sistemas sanitarios están en condiciones, pues, de acercarse al ideal de una buena muerte, humanizando de esta forma el proceso de morir.

¹ Según Marga Mari-Klose y Jesús de Miguel (Mari-Klose y de Miguel, 2000), el *canon de la muerte* sería el tipo ideal de muerte que, por término medio, desean para sí las personas. En su estudio del año 2000 demuestran que la gente, en general, quiere morir rápido, sin dolor, con sus familiares y sin ser una carga para nadie.

Esta recuperación del “humanismo en los hospitales”², que trata de hacer real en lo posible el ideal de una buena muerte, implica un largo y complejo aprendizaje, tanto de los profesionales de la medicina como de los enfermos y sus familiares. Familiares y enfermos exigen a veces curaciones imposibles que fuerzan a los especialistas a realizar tratamientos invasivos, dolorosos e inútiles. Los profesionales de la medicina, educados a su vez en un código deontológico que les enseña ante todo a salvar vidas, se hallan a menudo mal preparados para afrontar el proceso de morir, que es social y psicológicamente muy complejo para todos (enfermos, familiares y personal sanitario). Estas carencias en el desarrollo pleno de una *nueva cultura del buen morir* alejan la muerte de lo que sería el ideal.

La cultura del buen morir ha cambiado a lo largo del tiempo y ha sido y es diferente en distintas sociedades. A principios del siglo XXI la cultura occidental de la muerte se presenta mediante una compleja mezcla de valores morales y religiosos que, más allá de sus enormes diferencias, parece haber llegado a un *acuerdo básico*: la muerte digna hoy es aquella en la que el enfermo, que es un individuo autónomo, puede elegir libremente cómo desea morir (dentro de las posibilidades que se le ofrecen), y los profesionales de la sanidad deben respetar esa dignidad salvaguardando la libertad del paciente. Esta concepción del buen morir, que es mucho más reciente de lo que quepa imaginar y aún no se cumple por igual en toda España, ha entrañado profundos cambios morales, sociales y legales, pues la muerte digna no es ya sólo un deseo o un ideal, sino un derecho.

La muerte digna hoy es aquella en la que el enfermo, que es un individuo autónomo, puede elegir libremente cómo desea morir, y los profesionales de la sanidad deben respetar esa dignidad salvaguardando la libertad del paciente

En efecto, desde la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa, que en su *Recomendación 1418* de 1999 exige que se protejan los derechos humanos y la dignidad de los enfermos terminales y moribundos, hasta la Ley 41/2002 de 14 de noviembre que regula en España la autonomía del paciente y su derecho a estar informado, pasando –entre otras cosas- por el artículo 28.2 del Código Deontológico de la Organización Médica Colegiada o por los preceptos número 2.276, 2.278 y 2.279 del Catecismo de la Iglesia Católica, todo indica que existe un amplio acuerdo sobre el derecho a una muerte digna. Ese derecho, que no deja de ser parte de una concepción amplia de la calidad de la vida en la que la muerte no está excluida, se sustancia hoy en día de la siguiente forma:

- a) **Derecho a la información y al ejercicio de la autonomía:** el enfermo y sus familiares tienen derecho a recibir una información veraz y confidencial que les permita tomar parte en las decisiones sobre tratamientos; el enfermo tiene derecho a designar representantes y a firmar un Testamento Vital que sirva para que se cumpla con su voluntad en caso de verse incapacitado por la enfermedad (Ley 41/2002).

² La frase es de Màrius Morlans, director asistencial del hospital general Vall d’Hebrón de Barcelona, quien considera que los especialistas en cuidados paliativos tratan de “resucitar el humanismo en los hospitales”, aunque se hayan tenido que revestir con el ropaje de las estadísticas, los protocolos y los ensayos para tener credibilidad (citado por Pérez Oliva, 2005).

- b) **Derecho a cuidados paliativos:** Según el Plan Nacional de Cuidados Paliativos (2001), se trata de la “asistencia total, activa y continuada de los pacientes y sus familias por un equipo multiprofesional cuando la expectativa médica no es la curación. La meta fundamental es dar calidad de vida al paciente y su familia sin intentar alargar la supervivencia”. Entre esos cuidados cabe destacar los siguientes:
- a. *Limitación del Esfuerzo Terapéutico (LET):* Supone que se retire o no se inicien medidas terapéuticas de soporte vital si los profesionales de la medicina –que informaran al paciente, a sus familiares o a su representante- consideran que son inútiles. Es una medida para evitar la obstinación terapéutica, es decir, el empeño dañino en sanar o mantener con vida de forma artificial a una persona que ya no es sanable o que está en un estado vegetativo.
 - b. *Rechazo del Tratamiento:* Los pacientes tienen derecho a rechazar total o parcialmente un tratamiento o una prueba y los médicos deben respetar ese derecho.
 - c. *Sedación Paliativa:* Se trata de la “administración de fármacos a un paciente en situación terminal, en las dosis y combinaciones requeridas para reducir su conciencia todo lo que sea preciso y aliviar adecuadamente uno o más síntomas refractarios que le causan sufrimiento, contando para ello con su consentimiento informado y expreso o, si esto no es factible, con el de su familia o representante” (Comisión Autonómica de Ética e Investigación Sanitaria, 2008).
 - d. *Suspensión de atención médica por fallecimiento:* Retirada de todas las medidas terapéuticas cuando se produce la muerte encefálica que conduzca a un paro cardiovascular (Real Decreto 2070/1999 que regula la donación y trasplante de órganos y tejidos).

El derecho a una muerte digna (o a la dignidad en el proceso de la muerte), que toma cuerpo como mínimo en este conjunto de medidas, supone un claro avance hacia una nueva cultura de la buena muerte. Se trata de un derecho sometido, sin embargo, a algunas limitaciones obvias y a otras no tan obvias. Resulta obvio, por ejemplo, que tal derecho no justifica que el enfermo, sus familiares o sus representantes puedan exigir todo tipo de atención y tecnología sanitaria. No resulta en cambio tan obvio –y es aquí donde está hoy el debate- por qué en España un enfermo, terminal o no, que tiene una enfermedad incurable y padece grandes sufrimientos, no puede acabar con su propia vida, ejerciendo así su autonomía y su libertad, con la ayuda de un profesional. Y tampoco resulta obvio por qué un médico no debe causar de manera intencionada la muerte de un paciente terminal que se lo solicita de forma reiterada e informada en pleno uso de sus facultades para aliviar su sufrimiento. En otras palabras, en España, como en casi todos los países del mundo, la nueva cultura de la buena muerte no admite aún ni el auxilio médico al suicidio ni la eutanasia, motivo por el cual la ley sanciona

ambas prácticas.³ Los cuidados paliativos no generan ya debate alguno –se trata de buena praxis médica-, más allá del hecho de que están injustamente distribuidos (OCU, 2000)⁴. Ahora bien, aunque su distribución fuera igualitaria, los cuidados paliativos no resolverían todos los casos de enfermedad incurable o terminal, como afirma el 84 por ciento de los médicos españoles (CIS, 2002). Entonces, ¿en qué se basa el rechazo legal de la eutanasia y el suicidio asistido, que genera tanta indefensión entre los profesionales de la sanidad?⁵ O se basa en la existencia de sólidos argumentos morales en contra de ambas prácticas, o en el rechazo que genera en la inmensa mayoría de la población o en las dos cosas a la vez. Como veremos, ninguna de estas condiciones se cumple.

La cuestión moral: algunas dudas sobre la solidez de los argumentos en contra de la eutanasia y el suicidio asistido

En este apartado nos centraremos en algunas de las razones morales más importantes y persistentes para rechazar tanto la eutanasia como el suicidio asistido para tratar de cuestionarlas. La defensa de estas prácticas no puede basarse sin más en la autonomía y la dignidad de los pacientes, pues los detractores de la eutanasia y el suicidio asistido se apoyan también en estos valores que, como hemos dicho, forman parte de nuestro patrimonio ético común. Partiendo, pues, de que la autonomía y la dignidad son los bienes morales que se han de preservar, los detractores de la eutanasia y el suicidio asistido argumentan lo siguiente:

1. Nunca se tendrá verdadera información sobre lo que quiere un paciente terminal o incurable

El paciente que pide la eutanasia o el auxilio médico para suicidarse puede hallarse en tal estado psicológico -posiblemente deprimido- que quepa dudar de su autonomía: si se acepta el suicidio asistido y la eutanasia “la línea entre los pacientes capacitados para dar su consentimiento y los que no lo están parecerá arbitraria a algunos médicos” (New York Task Force, 1994: 133). Este argumento revela un paternalismo inaceptable cuando se aplica a adultos que, bien informados, piden ayuda para suicidarse o solicitan la eutanasia con todas las garantías legales. Es inaceptable también cuando el enfermo incapaz ha designado a un representante o ha firmado un Testamento Vital. Es aceptable en cambio para enfermos que no han expresado nunca su voluntad o para enfermos que carecen de esa

³ Como ya es habitual, el término eutanasia se emplea aquí, sin adjetivos, para referirse exclusivamente al acto médico de causar la muerte al enfermo terminal que lo solicita. La denominada “eutanasia pasiva” es lo que se conoce hoy como limitación del esfuerzo terapéutico. Cuando se retiran los medios de soporte vital –alimentación parenteral, hidratación, respirador- a pacientes en estado vegetativo no nos hallamos ante un caso de eutanasia, sino de Limitación de Esfuerzo Terapéutico, como hemos visto. Por otro lado, cuando un médico provoca la muerte del enfermo sin contar con su voluntad o con la de sus representantes nos hallamos ante un “homicidio por compasión”. En los casos de suicidio asistido es el propio paciente quien acaba con su vida.

⁴ “La Sociedad Española de Cuidados Paliativos calcula que el déficit de equipos en España es de 820. Serían los necesarios para llegar a una situación “óptima”. En la actualidad hay unos 370 equipos (en hospitales y atención a domicilio), pero se requerirían 1.190 para dar una cobertura en similares condiciones a todo el territorio. Se consideran estándares óptimos disponer de 7 a 10 equipos de atención en casas por cada millón de habitantes y de 8 a 10 en hospitales”, *El País*, 2 de febrero de 2008.

⁵ Sólo hay que recordar el tristemente famoso “caso Lamela”, esto es, la acusación de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid en 2005 al equipo médico del doctor Luis Montes por haber cometido 400 homicidios en el hospital Severo Ochoa (Montes, 2008).

capacidad (enfermos mentales o niños menores de 12 años). Sin embargo, en tales ocasiones son los jueces, allí donde la eutanasia o el suicidio asistido son legales (como en Holanda), los que han de resolver el dilema nombrando representantes de los enfermos. Los médicos, en todo caso, no son los garantes de la autonomía del paciente incapaz: la autonomía del enfermo incapacitado es la de su representante legal.

- 2. La muerte es un mal: no se puede aliviar un mal (la enfermedad o la postración) causando otro (la muerte) que es aún mayor y es irremediable*

En nuestra cultura la muerte se concibe como un mal irremediable y casi absoluto, por eso puede resultar a primera vista inmoral que un profesional de la sanidad ayude a alguien a quitarse la vida o le cause la muerte (a petición de enfermo) para librarlo de una grave y dolorosa enfermedad. Sin embargo, también está bien anclado en nuestra cultura el hecho que se puede causar un mal menor (amputar, matar en defensa propia) para conseguir un bien mayor (curar, salvar la propia vida): la muerte misma se concibe en ocasiones como un mal menor, la muerte no es siempre el mayor mal. Puesto que no podemos afirmar que la eutanasia o el suicidio sean siempre males mayores que las enfermedades que padecen quienes solicitan tales prácticas, no son rechazables sin más como males absolutos.

- 3. No es lo mismo dejar morir que matar*

Este argumento es importante, pues no cabe duda que la regulación de la eutanasia afecta a los profesionales de la medicina, a su libertad y a su autonomía: son ellos quienes la tienen que llevar a cabo en última instancia. El Código de la OMC es en esto muy restrictivo: “el médico nunca causará intencionadamente la muerte del paciente...por ninguna exigencia”. Hemos de suponer, pues la OMC no da argumento alguno, que eso debe ser así porque el médico no debe cruzar nunca la frontera entre dejar morir y matar. Ahora bien, la frontera es muy tenue, pues inyectar morfina y retirar los soportes vitales (hidratación, alimentación parenteral) a sabiendas de que el paciente morirá, no tiene por qué ser moralmente mejor que causar directamente la muerte de quien sabemos que va a morir. Puesto que la LET puede retrasar la muerte del enfermo durante varios días, lo que atenta contra el ideal de una muerte rápida (y por tanto contra la dignidad de los pacientes), dejar morir a un enfermo sedado puede resultar moralmente menos razonable que causar intencionadamente una muerte rápida con todas las garantías. De nuevo la eutanasia puede ser el mal menor frente a una muerte más lenta, lo que debilita la idea de que dejar morir es moralmente más legítimo que causar la muerte de enfermos terminales (en el caso del suicidio asistido es el paciente quien se mata, luego no se aplica nada de esto: la ayuda del médico no causa la muerte).

- 4. El personal sanitario no tiene ninguna obligación de llevar a cabo tales prácticas, luego no puede haber un derecho moral a suicidarse con auxilio médico ni a exigir la eutanasia.*

Si se acepta que la eutanasia y el suicidio asistido pueden llegar a ser el mal menor frente a una enfermedad incurable o terminal, pues la muerte rápida e indolora no es siempre el mayor mal; si no cabe esperar a que se tenga un sistema de cuidados paliativos que funcione a la perfección para

empezar a hablar de eutanasia, pues aunque se tenga siempre habrá casos irresueltos; si la autonomía del paciente no puede verse limitada por argumentos paternalistas sobre su capacidad y si, por último, no sólo no existe diferencia moral entre dejar morir y causar intencionadamente la muerte, sino que en ocasiones puede ser moralmente más razonable causar la muerte bajo control médico que dejar morir bajo control médico, entonces los profesionales de la sanidad sí tendrían la obligación moral de causar intencionadamente la muerte a pacientes informados (eutanasia) y de auxiliar en el suicidio para procurar a los enfermos el mayor bienestar bajo circunstancias bien determinadas (que habría que regular legalmente).

5. *La pendiente resbaladiza de la eutanasia y el suicidio*

Este es uno de los argumentos más populares y más débiles en contra de la eutanasia y el suicidio asistido. Si aceptáramos la eutanasia y el suicidio asistido, se dice, caeríamos por una pendiente que conduce al asesinato y a la eugenesia. Los médicos que acepten tales medidas, ¿por qué no habrán de aceptar también acabar con enfermos mentales y otras personas vulnerables que sufren? ¿Cómo se mide el sufrimiento? ¿No tendríamos que ayudar a morir o causar la muerte de cualquiera que lo pida por poco que sufra? En otras palabras, si damos el paso A no podremos evitar dar los pasos B y C que nos harán caer en el abismo (por ejemplo, un argumento de este tipo sería el siguiente: “si se toma una copa de vino (A), detrás vendrá otra (B), hasta que caigamos en el alcoholismo(C)”). Se trata de un argumento falso, pues el paso A (aceptar moralmente la eutanasia y el suicidio asistido) no es la causa de B (asesinar a las personas vulnerables) ni de C (ayudar a suicidarse a cualquiera que lo pida): no existe forma lógica alguna de mostrar que eso sería así. Desde un punto de vista empírico, los casos de Holanda y Bélgica demuestran que no se produce pendiente resbaladiza alguna, como veremos.

6. *La vida es sagrada*

El derecho a la vida es un derecho fundamental de la persona que no está en cuestión cuando se habla de enfermos terminales. La limitación del esfuerzo terapéutico, por ejemplo, no viola el derecho a la vida. Tampoco la eutanasia. Por eso al hablar del carácter sagrado de la vida se hace referencia a un valor más religioso que moral. Mas como no cabe duda de que para mucha gente los valores morales se inspiran en sus valores religiosos, es necesario tener en cuenta este argumento. La vida es sagrada, se dice, porque la otorga Dios: los hombres no son quién para quitarla. Con todo, este es un argumento que muchas confesiones (catolicismo, islamismo, judaísmo) pueden relativizar en ciertos casos. Muchos teólogos cristianos medievales y renacentistas defendían el magnicidio como acto de la ciudadanía en defensa propia contra la crueldad de los tiranos; el mismo St. Tomas consideraba legítimo matar en defensa propia. Del mismo modo, muchas religiones han justificado a lo largo de la historia la Guerra Santa o las Cruzadas. El valor sagrado de la vida, pues, no es absoluto, ni siquiera para la mayoría de las religiones. La eutanasia y el suicidio asistido, que se realizarían como mal menor en circunstancias especialísimas, no atentan, pues, contra el valor sagrado de la vida.

La cuestión social: opinión pública y opinión de los profesionales

Si los argumentos morales contra la eutanasia y el suicidio no son definitivos (algunos son incluso muy débiles), ¿se apoya la prohibición de ambas prácticas en el rechazo de una población que no está preparada para aceptarlas? No, al menos en el caso español.

Se puede afirmar que la población española está mayoritariamente a favor de la eutanasia. Así, por ejemplo, en un estudio realizado por el Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS) en 1992, un 78% por ciento de los españoles estaba ya a favor de los cuidados paliativos (que no generan polémica alguna) y un 66% se mostraba a favor de que la ley permita que los médicos pongan fin a la vida de un enfermo terminal que lo solicite. Incluso un notable 49% afirmaba estar de acuerdo con que esa decisión pudiera tomarla un familiar.

Esas cifras se han mantenido estables a lo largo de estos años, como muestran los estudios más recientes: en una encuesta del CIS del año 95, el 62% de los encuestados se manifestaba a favor de que “los médicos proporcionen al [enfermo terminal] un producto que ponga fin a su vida sin dolor”. En otro estudio, realizado por la Organización de Consumidores y Usuarios (OCU, 2000), se muestra que tres de cada cuatro españoles son favorables a la regularización de la eutanasia; y en otro más, realizado por el CIS en 2008, 7 de cada 10 españoles aseguran también estar de acuerdo con la eutanasia (CIS, 2008). El estudio de la OCU demuestra, además, que el 70% de los españoles apoyaría el suicidio asistido de un enfermo terminal que lo pidiera. Ese porcentaje desciende a un 51% cuando la enfermedad no es terminal.

En lo que se refiere a la población andaluza, según el *Barómetro Sanitario Andaluz 2007*, la ciudadanía de esta Comunidad Autónoma se muestra casi unánimemente (93,7%) a favor de una muerte digna y de obtener información clínica veraz (93,4%), sea cual sea su estado de salud. Además, una gran mayoría (87,2%) se muestra partidaria de recibir atención y alivio del dolor aunque acelere el proceso de su muerte. Por último, tres cuartas partes de la población andaluza (74,3%) están a favor de la eutanasia: un 39,5% lo estaría a favor de

La ciudadanía de la Comunidad Autónoma de Andalucía se muestra casi unánimemente (93,7%) a favor de una muerte digna

una concepción amplia que incluyera también a enfermos incurables que no son terminales y un 34,8 sólo estaría a favor de que se aplicara a enfermos terminales. Por lo demás, llama la atención, dadas estas cifras, que la mayoría de la población andaluza desconozca la existencia del Testamento Vital (78,8%). La ausencia de debate e información sobre estos temas, tanto en Andalucía como en el resto de España, es más que notable.

Los profesionales de la medicina, por su parte, también están a favor de la eutanasia y del suicidio asistido y, por lo tanto, de su regulación legal. Según el estudio *Actitudes y opiniones de los médicos ante la eutanasia* (CIS, 2002) un 41,5% de los médicos considera que se debe cambiar la ley para permitir la ayuda al suicidio asistido o eutanasia en caso de enfermos terminales que lo soliciten; un

18,4% cree que la ley debiera ser favorable al suicidio asistido y a la eutanasia incluso en el caso de enfermos no terminales que padezcan graves sufrimientos físicos o psíquicos.

Los estudios discrepan, sin embargo, en cuanto al número de pacientes que reclaman a los profesionales de la sanidad la eutanasia o la asistencia en el suicidio. Así, por ejemplo, el estudio de la OCU (2000) indica que entre un 65% de médicos y un 85% de enfermeras reconoce haber recibido una petición de eutanasia o suicidio asistido. Además, un 21% de los médicos dice haber participado en la práctica de eutanasia o suicidio asistido (OCU, 2000). Sin embargo, en la encuesta del CIS (2002) se afirma que el 80% de los médicos jamás ha recibido una petición de eutanasia, y el 91,9 nunca ha recibido una petición de ayuda al suicidio.

La cuestión jurídica: ¿una prohibición justificada?

Parece, pues, que la mayoría de los ciudadanos españoles (profesionales de la salud incluidos) está a favor de la eutanasia y el suicidio asistido, sobre todo en el caso de enfermos terminales. El apoyo al suicidio asistido de enfermos incurables no terminales que padecen un grave sufrimiento también es elevado. Esto avala, pues, la idea de que en España ha penetrado ya en general una cultura de la buena muerte que trasciende los cuidados paliativos. Así pues, si los argumentos morales a favor de la eutanasia y el suicidio asistido son sólidos (tanto o más que los argumentos en contra), la población está mayoritariamente a favor y la profesión médica también, ¿por qué siguen siendo ilegales estas conductas en España?

Lo cierto es que España no es una excepción, pues aunque la mayoría de los ciudadanos europeos está a favor de la eutanasia y el suicidio asistido (en ciertos casos con grandes reservas, bien es verdad, debido a factores culturales y sociales) en muy pocos países son legales tales prácticas. En Holanda y Bélgica, los casos quizá más conocidos, ambas prácticas son legales. En Suiza y Alemania la eutanasia es ilegal, pero el suicidio asistido es legal. En Inglaterra un proyecto de ley de 2005 (*Assisted Dying for the Terminally Ill Bill*) daba los primeros pasos para regular ambas prácticas. En el resto de países la eutanasia y el suicidio asistido son ilegales.

Fuera de Europa se ha discutido mucho, por un lado, el caso del estado de Oregón (EEUU), donde se legalizó de forma pionera el suicidio asistido, pero no la eutanasia, y, por otro, el de Colombia, “único país del mundo hasta el momento en el que la práctica de la eutanasia ha sido reconocida como un derecho fundamental por el máximo intérprete de la Constitución” (Tomás-Valiente Lanuza, 2005: 24).

La legislación española, por su parte, se ha modernizado enormemente en los últimos años en lo que se refiere a la regulación de los cuidados paliativos. Así, las comunidades autónomas, que son competentes en el ámbito de la sanidad, desarrollan la Ley 41/2002 impulsando unidades de cuidados paliativos en los hospitales y mediante el desarrollo del Testamento Vital (Cataluña fue pionera en este terreno). En Andalucía un proyecto de ley -el Proyecto de Ley de Derechos y Garantías de la Dignidad de la Persona en el Proceso de

Las Comunidades de Andalucía y Cataluña son las más avanzadas en el desarrollo de una nueva cultura de la buena muerte.

la Muerte- pretende impulsar el Artículo 20 del Estatuto de Autonomía. En este sentido, las Comunidades de Andalucía y Cataluña son las más avanzadas en el desarrollo de una nueva cultura de la buena muerte. La gran mayoría de los estatutos autonómicos no hacen referencia a estas cuestiones.

Sin embargo, el desarrollo legal autonómico debe ajustarse a la legalidad vigente española, que prohíbe tanto la eutanasia como el suicidio asistido. El artículo 143 del Código Penal (CP) de 1995 se refiere expresamente a estas prácticas y las prohíbe, si bien, como señala Carmen Tomás-Valiente:

“la opción adoptada por el legislador consistió en atenuar considerablemente la pena de los comportamientos ordinarios de cooperación con actos necesarios al suicidio ajeno (art. 143.2) y de ejecución de la muerte de quien no desea vivir más (art. 143.3), siempre que tales conductas se produzcan en ciertas circunstancias específicamente detalladas en el artículo 143 apartado 4 (relacionadas con la salud y la expresión de voluntad de la víctima)”

Según esta autora, el CP llega a atenuar tanto esos comportamientos que no castigaría el suicidio asistido cuando el suministro de medicamentos al paciente que se quiere suicidar se considere una “colaboración no necesaria”. Sin embargo, ni la sociedad española ni la profesión médica tienen conciencia de esta “despenalización parcial”, pues el legislador no tuvo intención alguna de presentar el artículo 143 en esos términos (Tomás-Valiente, 2005: 12).

Lo más llamativo de la prohibición, tanto en España como en la mayoría de países de Europa, es que ni se sostiene en la opinión de los ciudadanos ni en argumentos éticos sólidos. De hecho, los poderes públicos (ejecutivo y judicial) suelen basar su rechazo sobre todo en dos argumentos que, como hemos visto, son más que cuestionables: la pendiente resbaladiza y la tenue diferencia entre dejar morir y causar la muerte de enfermos terminales agónicos (véase en este sentido la condena de la eutanasia en la *Recomendación 1418* del Consejo de Europa). Y lo que es más grave quizá: hay casos en los que el poder judicial, apelando a dichos argumentos, desvirtúa las despenalizaciones de la eutanasia o del suicidio asistido promovidas por el legislador. Así, por ejemplo, en Alemania, donde la colaboración necesaria, la innecesaria y la inducción al suicidio son impunes, el Tribunal Supremo sanciona esas conductas mediante interpretaciones forzadas del Código Penal.

Sin embargo, como muestran los casos holandés y belga la legalización no conduce necesariamente a una pendiente resbaladiza. En Holanda, el médico que realice una eutanasia deberá ponerlo en conocimiento del forense, que trasladará el caso, con toda la documentación, al Comité Regional de Control (hay cinco en Holanda). El comité tiene que estar compuesto al menos por un jurista, un médico y un experto en ética que serán nombrados por los Ministerios de Justicia y Sanidad por un periodo de seis años. En Bélgica, que tiene un sistema similar, solo existe una Comisión Federal de Control y Evaluación formada por 16 miembros: 8 médicos, 4 juristas y 4 expertos en todo lo relativo a los enfermos incurables y terminales (no sólo aspectos médicos). Los datos sobre eutanasia y suicidio asistido en Holanda y Bélgica muestran que estos países no han caído en ninguna pendiente y que la distinción entre dejar morir y causar la muerte de enfermos terminales es artificial, carece de sustento moral. Es precisamente la falta de regulación legal la que puede llevar a prácticas clandestinas sin control allí donde, como en España, se impone ya una nueva cultura de la buena muerte y tanto la

población como los profesionales de la sanidad están mayoritariamente a favor de la eutanasia y el suicidio asistido.⁶

Conclusión: necesidad de mayor conocimiento social

A diferencia de los cuidados paliativos, la eutanasia y el suicidio asistido producen aún debates muy enconados. De hecho, ambas prácticas están prohibidas en casi todos los países del mundo, por lo que no se puede afirmar categóricamente que formen parte de lo que hemos denominado la nueva cultura de la buena muerte. Ahora bien, puesto que los argumentos morales en contra de la eutanasia y el suicidio asistido no son definitivos (algunos son, como hemos visto, poco sólidos) y puesto que la opinión pública española parece que acepta estas prácticas, no es legítimo hurtar a la sociedad el debate sobre estos temas, reduciéndolos a una cuestión puramente legal. Antes al contrario, la eutanasia y el suicidio asistido son fenómenos sociales que deben debatirse públicamente. Por eso recomendamos lo siguiente:

- Andalucía ha llevado al límite sus posibilidades legales en relación con el proceso de morir. Desde ese punto de vista (legal), poco más se le puede exigir. Sin embargo, los poderes públicos aún pueden hacer mucho más para promover el debate social. Los medios de comunicación públicos –radio y televisión- jamás abordan con seriedad estas cuestiones y son la mejor vía de acceso a amplios sectores de la ciudadanía.
- Por otro lado, y para que ese debate se apoye en un conocimiento solvente, es preciso realizar un mayor número de trabajos sociológicos, tanto cuantitativos como cualitativos, sobre las opiniones y los discursos relacionados con la muerte y el proceso de morir, en general, y la eutanasia y el suicidio asistido en particular:
 - a) Encuestas a la población en general.
 - b) Encuestas a profesionales: médicos, jueces, políticos.
 - c) Estudios cualitativos sobre la ética y la percepción social de la muerte y el morir de la población en general.
 - d) Estudios cualitativos sobre la ética y el discurso de médicos y juristas sobre la eutanasia y el suicidio asistido.

Para que ese debate se apoye en un conocimiento solvente, es preciso realizar un mayor número de trabajos sociológicos, relacionados con la muerte y el proceso de morir

⁶ En efecto, así ha ocurrido recientemente en nuestro país: “Sólo hizo lo que le pedimos: que mi madre no sufriera”: El primer médico condenado por eutanasia en España recibe el apoyo de la familia de la fallecida - Hourmann fue sentenciado a un año de cárcel”, *El País*, 4 de noviembre de 2009.

- Sería imprescindible realizar un estudio sobre cómo muere la gente en Andalucía, en línea con el que promovió en su día el *Hastings Center* (EEUU).
- Por último, sería preciso crear en Andalucía una Comisión o Comité similar a la Comisión Autonómica de Ética e Investigación Sanitaria que, sin dejar de lado las cuestiones éticas y sanitarias, incluya los aspectos sociales, psicológicos y legales del problema de la eutanasia y el suicidio asistido.

Bibliografía

- Barrio Cantalejo, I. y Simón Lorda, P. (2006). "Criterios éticos para las decisiones sanitarias al final de la vida de personas incapaces", *Revista Española de Salud Pública*, 80: 303-315.
- Cohen, J. et al. (2006). "European public acceptance of euthanasia: Socio-demographic and cultural factors associated with the acceptance of euthanasia in 33 European countries", *Social Science and Medicine*, 63: 743-756.
- Comisión Autonómica de Ética e Investigación Sanitaria (2008). *Ética y muerte digna*, Sevilla, Consejería de Salud, Junta de Andalucía.
- Comité Consultivo de Bioética de Cataluña (2006), *Informe sobre la eutanasia y el suicidio asistido*.
- Díez Ripollés, J. L. y Muñoz Sánchez, J. (1996), *El tratamiento jurídico de la eutanasia*, Valencia, Tirant Lo Blanch.
- Diéz Ripollés, J. L. et al. (2000), *La atención a los enfermos terminales*, Valencia, Tirant Lo Blanch.
- Durán Heras, M. A. (2004), "La calidad de muerte como componente de la calidad de vida", *Reis: Revista española de investigaciones sociológicas*, 106: 9-32.
- Dworkin, G., Frey, R. y Bok, S. (2000). *La eutanasia y el auxilio médico al suicidio*, Madrid, Cambridge University Press.
- Kass, L. (1989). "Neither for love, nor for money: Why doctors must not kill", *The Public Interest*, 94.
- Mari-Klose, M. y de Miguel J. M. (2000). "El canon de la muerte", *Política y Sociedad*, 35: 115-143.
- Ministerio de Sanidad y Consumo (2001). *Plan Nacional de Cuidados Paliativos*, Madrid, Publicaciones del Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Montes, L. (2008). *El caso Leganés*, Madrid, Santillana.
- New York Task Force on Life and the Law (1994). *When death is sought: Assisted Suicide and Euthanasia in the Medical Context*, Albany, Nueva York.
- Pérez Oliva, M. (2005), "Morir en España. I, II y III", *El País*, 30/05/2005; 31/05/2005 y 01/06/2005.
- Rodríguez-Arias, D. (2009). "Patologías crónicas del debate público sobre la eutanasia. Aportaciones consecuencialistas", en P. Francés, F. Lara, O. Campos y M. A. Arráez (comps.), *Ética en la práctica*, Granada, Universidad de Granada, pp. 157-178.
- Sesma, D.; Ranchal, J. y Serrano, R. "Opiniones de la ciudadanía andaluza ante la legalización de la eutanasia" en Jaime, A (coord.) *La sociedad andaluza del siglo XXI*, Centro de Estudios Sociales Andaluces, Sevilla, 2009:183-204.
- Simon-Lorda, P., Tamayo-Velázquez, M-I. et al. (2008) "Advance directives in Spain. Perspectives from a medical bioethicist approach" *Bioethics*, 22,6, 2008: 346-354.

- Tomás-Valiente Lanuza, C. (2005). "Posibilidades de regulación de la eutanasia solicitada".
Fundación Alternativas, Documento de Trabajo 71/2005.
<<http://www.falternativas.org/laboratorio/documentos/documentos-de-trabajo/posibilidades-de-regulacion-de-la-eutanasia-solicitada>>.
- Vega Vega, C. y Moya Pueyo, V. (1992). "Actitudes ante la eutanasia activa y su legislación en España", *Medicina Clínica*, 98: 545-548.

Fuentes estadísticas:

- CIS 1992: *Barómetro de opinión*, marzo de 1992, estudio nº 1.996.
CIS1995: *Perfiles actitudinales de la población española*; estudio nº 2.203
CIS 2002: *Actitudes y opiniones de los médicos ante la eutanasia*; estudio nº 2.451.
CIS 2008: *Religiosidad*, estudio nº. 2752.
Fundación BBVA 2005: *Encuesta sobre los valores de los jóvenes*.
IESA 2007: *Barómetro Sanitario Andaluz 2007* (IESA-CSIC)
OCU 2000: *Calidad de vida en los enfermos terminales*, Organización de Consumidores y Usuarios, OCU-Salud, nº 33, diciembre 2000-enero 2001.

