

REFLEXIONES ÉTICAS Y MÉDICAS SOBRE LA EUTANASIA Y SU REGULACIÓN *ETHICAL AND MEDICAL REFLECTIONS ON THE EUTHANASIA AND ITS REGULATION*

Amparo Gisbert Aguilar

Equipo de Soporte de Cuidados Paliativos

Hospital Clínico Universitario. Valencia

RESUMEN

El debate sobre el final de la vida requiere definir los escenarios éticos que surgen en este contexto. Desde la experiencia profesional, el artículo plantea que, aunque son opciones poco solicitadas por los pacientes, la eutanasia y el suicidio médicamente asistido son cuestiones de actualidad. Se trata de argumentar en qué medida podrían aliviar el sufrimiento de los pacientes cuando estos lo soliciten. La deliberación entre profesionales y pacientes que tenga en cuenta los valores de ambos en un contexto de calidez y soporte ante los síntomas físicos, emocionales, espirituales y sociales desde el punto de vista ético es fundamental para buscar la aplicación más correcta de la ley de eutanasia.

PALABRAS CLAVE

Eutanasia, ética, cuidados paliativos, autonomía.

ABSTRACT

The end-of-life debate requires defining the ethical scenarios that appear in this context. The article puts forward, from the professional experience, that euthanasia and medically assisted suicide, although they are options not very often required by patients, are present today. The main point is to discuss to which level these measures could alleviate the suffering of the patients when they require them. Deliberation between professionals and patients taking into account the values of both, in a context of warmth and support of physical, emotional, spiritual and social symptoms from the ethical point of view is essential for seeking the most correct application of the law of euthanasia.

KEY WORDS

Euthanasia, ethics, palliative care, autonomy.

DOI: doi.org/10.36151/td.2021.008

REFLEXIONES ÉTICAS Y MÉDICAS SOBRE LA EUTANASIA Y SU REGULACIÓN

Dra. Amparo Gisbert Aguilar

Equipo de Soporte de Cuidados Paliativos
Hospital Clínico Universitario, Valencia

Sumario: 1. Introducción. 1.1. Eutanasia y suicidio asistido. 1.2. Limitación o adecuación del esfuerzo terapéutico. 1.3. Rechazo de tratamiento o denegación de consentimiento. 1.4. Sedación paliativa. 1.5. Suspensión de atención médica por fallecimiento. 2. Aspectos éticos. 3. Aspectos clínicos. 4. Conclusiones. Bibliografía

1. INTRODUCCIÓN

Un debate serio y clarificador sobre el final de la vida y las posibilidades de actuación solo puede realizarse de manera adecuada si somos capaces de definir cuáles son los escenarios ante los que vamos a encontrarnos en este contexto.

Desgraciadamente, en la práctica diaria, tanto los pacientes como los familiares no tienen claros los términos. Habitualmente nos encontramos en situaciones en las que, con su mejor intención, los familiares solicitan la eutanasia para el enfermo porque no pueden soportar verlo en esas circunstancias... y se les ha de explicar que la eutanasia siempre es una petición personal y reiterada en el tiempo.

Por este motivo, la propuesta de consenso de Simón Lorda *et al.* (2008: 271) sobre el uso correcto de las palabras me parece fundamental como paso previo a la deliberación sobre la eutanasia.

Seguidamente, pues, definiremos los cinco escenarios más relevantes en la toma de decisiones clínicas al final de la vida. Este proceso siempre debe ser realizado teniendo en cuenta la indicación, el pronóstico, los deseos del paciente, el contexto familiar y los condicionantes asistenciales o sociales. Los cinco escenarios posibles son los siguientes: eutanasia y suicidio asistido, limitación o adecuación del esfuerzo terapéutico, rechazo de tratamiento, sedación paliativa y suspensión de la atención médica por fallecimiento.

1.1. EUTANASIA Y SUICIDIO ASISTIDO

Eutanasia es una bella palabra que, como es bien sabido, etimológicamente tan solo significa buena muerte.

Tal y como lo conocemos actualmente, el debate sobre la eutanasia arranca, en realidad, cuando la búsqueda de la buena muerte empieza a convertirse en una práctica medicalizada.

La polémica generada alrededor de la eutanasia está profundamente marcada por la crisis del modelo de la relación clínica —el modelo paternalista— y por la altamente tecnificada medicina actual. Podríamos sintetizar el núcleo del debate afirmando que no todo lo que es técnicamente posible es éticamente correcto.

En relación con la eutanasia se han utilizado multitud de términos y definiciones que solo han conseguido generar una enorme confusión en los profesionales, los ciudadanos y los medios de comunicación.

La palabra eutanasia únicamente debería hacer referencia a aquellas actuaciones que:

- Producen la muerte de los pacientes de forma directa mediante una relación causa-efecto única e inmediata.
- Se realizan a petición expresa, reiterada en el tiempo e informada de los pacientes en situación de capacidad.
- Tienen lugar en un contexto de sufrimiento, entendido como «dolor total», motivado por una enfermedad incurable que el paciente experimenta como inaceptable y que no ha podido ser mitigado por otros medios como, por ejemplo, los cuidados paliativos.
- Son realizadas por profesionales sanitarios que conocen a los pacientes y mantienen con ellos una relación clínica significativa.

Cuando, en este contexto, la actuación del profesional se limita a proporcionar al paciente los medios imprescindibles para que sea él mismo quien se produzca la muerte, se habla de *suicidio médicamente asistido*.

1.2. LIMITACIÓN O ADECUACIÓN DEL ESFUERZO TERAPÉUTICO

El segundo escenario consiste en retirar —o no iniciar— medidas terapéuticas porque el profesional sanitario estima que en la situación concreta del paciente son inútiles o fútiles, ya que tan solo consiguen prolongar su vida biológica y no existe la posibilidad de proporcionarle una recuperación funcional con una calidad de vida mínima. Cuando, tras una evaluación ponderada de los datos clínicos de que dispone, un profesional concluye que una medida terapéutica resulta fútil, no tiene ninguna obligación ética de ponerla en práctica y, si ya la ha iniciado, debería proceder a retirarla. De lo contrario, incurriría en lo que se ha denominado obstinación terapéutica.

Cuando el paciente está conectado a un respirador y se decide limitar el esfuerzo terapéutico, se produce una situación de gran impacto emocional: la muerte inmediata, ya que el paciente se mantenía con vida gracias al respirador. La retirada del mismo no es la causante de la muerte: sin el soporte de esta técnica, el paciente habría fallecido mucho antes.

1.3. RECHAZO DE TRATAMIENTO O DENEGACIÓN DE CONSENTIMIENTO

Si en la limitación del esfuerzo terapéutico el peso principal de la decisión recae en el profesional, en las decisiones de rechazo de tratamiento o denegación de consentimiento el protagonismo total corresponde al paciente.

El rechazo de tratamiento se enmarca en la teoría del consentimiento informado, es decir, el paciente recibe toda la información necesaria y decide rechazar un tratamiento con plena conciencia de las consecuencias que esta decisión tendrá en su supervivencia.

Solo en situaciones excepcionales, entre ellas, el peligro para la salud pública o una emergencia vital súbita e inesperada que no permite demoras en la atención, y cuando no haya constancia previa de las preferencias del paciente, los profesionales pueden actuar sin su consentimiento.

La situación de incapacidad del paciente no anula su derecho a rechazar tratamientos o denegar el consentimiento, pero sí cambia sustancialmente la forma en que puede ejercerlo. Por eso es tan importante que los pacientes realicen «voluntades anticipadas», tengan un representante legal y lleven a cabo un proceso de «planificación anticipada de decisiones» acompañados de los profesionales que los atienden.

Dentro del escenario de rechazo de tratamiento podría incluirse también la negativa del paciente a ingerir alimentos o líquidos. Se trata de una decisión personal del mismo con la que pretende acortar el proceso final de la vida ejerciendo su autonomía.

1.4. SEDACIÓN PALIATIVA

La sedación paliativa consiste en la administración de fármacos a un paciente que se encuentra en situación de enfermedad muy avanzada, en las dosis y combinaciones requeridas para reducir su conciencia todo lo que sea preciso. El objetivo de esta intervención es aliviar adecuadamente uno o más síntomas refractarios que causan sufrimiento al paciente, contando para ello con su consentimiento informado y expreso o, si ello no es posible, con el de su familia o representante legal.

Es una estrategia terapéutica que se utiliza cuando resulta necesaria y que los profesionales sanitarios registran en la historia clínica para tener una garantía ética de que el procedimiento ha sido el adecuado.

1.5. SUSPENSIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA POR FALLECIMIENTO

Cuando un paciente entra en muerte encefálica (por ejemplo, tras una hemorragia cerebral, un accidente de tráfico, etc.), el hecho de no iniciar o retirar todas las medidas terapéuticas de soporte vital no produce la muerte del paciente porque, en realidad, esta ya ha acontecido.

Si el paciente ya fallecido, es candidato a ser donante de órganos, la única diferencia es que, antes de proceder a la desconexión final, se realiza una serie de intervenciones clínicas destinadas a posibilitar la conservación y la extracción de esos órganos.

En España, las encuestas realizadas en los últimos años revelan que cada vez existe un mayor apoyo social a la regulación la eutanasia. En una encuesta realizada por el Colegio de Médicos de Vizcaya a 723 médicos, el 88 % de estos respondió que el debate sobre la eutanasia y el suicidio asistido corresponde a toda la sociedad; el 86 % que la eutanasia debe ser regulada por ley; y el 71 % que el suicidio médicamente asistido también debe serlo. De acuerdo con una encuesta que la Sociedad Española de Medicina Interna realizó en 2019 a sus socios, un 83 % estaba a favor de regular la eutanasia, mientras que un 17 % estaba en contra.

En cuanto a la población general, sendas encuestas de Metroscopia realizadas en 1988 y 2017 formularon la siguiente pregunta a los ciudadanos: «¿Cree usted que un enfermo incurable tiene derecho a que los médicos le proporcionen algún producto para poner fin a su vida sin dolor?». En 1988, el 53 % respondió afirmativamente, mientras que en 2017 el porcentaje de respuestas afirmativas se elevó a 84 %. Existe, por tanto, una necesidad de dar respuesta a un cambio de percepción social sobre estos temas (Real de Asúa, 2020).

2. ASPECTOS ÉTICOS

Cuando hablamos de la autogestión del cuerpo, de la vida y de la muerte, un primer hito lo constituye la doctrina del consentimiento informado, concepto que hace referencia a la capacidad del ser humano de tomar decisiones sobre su propia vida tras haber sido informado de manera correcta sobre sus posibilidades de tratamiento cuando padece determinada enfermedad.

Para hacerlo efectivo se han desarrollado diferentes estrategias: la posibilidad de elaborar un documento de «Instrucciones previas o voluntades anticipadas» a fin de que este que sea tenido en cuenta si en el final de su vida la persona no tiene capacidad para decidir. Este documento debería ser firmado después de un proceso de «Planificación anticipada de decisiones» realizado por el paciente con la ayuda de los profesionales que vayan atendiendo a lo largo de su enfermedad.

El siguiente paso de este proceso sería la despenalización de la eutanasia y del suicidio asistido en ciertos supuestos. Es el corolario que se sigue lógicamente de la asunción de la

autonomía como valor fundamental del ser humano, una característica propia y distintiva de la cultura liberal y moderna.

La muerte verdadera, plena, auténtica, no es un mero acontecimiento biológico ajeno a nosotros mismos, sino un momento fundamental de nuestra biografía. Del mismo modo que existe la obligación de personalizar la vida, también existe la de personalizar la muerte. Salvo casos excepcionales, esto no tiene por qué ser una justificación del suicidio o de la eutanasia. Significa, más bien, que la muerte no es un fenómeno natural, sino cultural, humano, y que, por tanto, tenemos obligaciones morales en relación con ella. ¿Cuáles? Una, muy importante, es hacer lo posible para que no llegue antes de que las personas hayan podido llevar a cabo su proyecto vital. La muerte de una madre que no puede ver desarrollarse a sus hijos es una tragedia, lo mismo que el fallecimiento de un joven por accidente. La muerte de un anciano que ha cumplido su ciclo vital es un motivo de dolor, pero no puede considerarse una tragedia. Esto es lo que ha llevado a Callahan (1997) a proponer una nueva ética de las etapas finales de la vida.

Una vez que han cumplido su proyecto vital, las personas tendrían que ser capaces de renunciar a procedimientos extraordinarios que tengan por objeto prolongarles un poco más la vida. Los Estados deberían dirigir sus esfuerzos a hacer efectiva la promoción de un mejor cuidado de las personas mayores en lugar de invertir grandes sumas en terapias que en sus cuerpos ya desgastados serán de muy escasa eficacia.

Por otra parte, la investigación biomédica debería buscar remedio a las enfermedades que matan prematuramente a las personas antes que empeñarse en controlar procesos degenerativos propios de organismos ya depauperados por la edad.

La primera obligación ética es procurar a todos los seres humanos una buena vida. La segunda, conseguir que tengan una buena muerte (Gracia, 2005: 49-50).

Ezekiel Emanuel, bioeticista americano, ha propuesto una lúcida reflexión sobre el hecho de que nuestra capacidad de prolongar la vida ha aumentado mucho más que la de prolongar el bienestar. En la actualidad, vivimos más años, pero con serias limitaciones físicas y mentales.

Este autor afirma que querría morir a los 75 años, argumentando que es verdad que la muerte es una pérdida, ya que nos priva de experiencias y puntos de referencia, de tiempo para estar con nuestros seres queridos. En definitiva, se nos priva de todas las cosas que valoramos. Pero hay una simple verdad que, parece, muchos de nosotros no queremos entender: vivir demasiado tiempo es también una pérdida; hace que, si no desarrollamos una discapacidad, muchos de nosotros nos sintamos vacilantes y en declive, un estado que, aunque no es peor que la muerte, quizás significará privación. Se nos priva de nuestra creatividad y de la capacidad de contribuir al trabajo, a la sociedad, al mundo. Transforma el modo en que las personas nos experimentan, la forma en que se relacionan con nosotros y, lo más importante, cómo nos recordarán. Ya no seremos recordados como personas vibrantes y comprometidas, sino como seres débiles, ineficaces e incluso patéticos (Emanuel, 2014).

El análisis ético debería basarse en tres criterios que sirvan de fundamento para la elaboración de los juicios morales:

- i)* La creencia en la dignidad de todos y cada uno de los seres humanos. Los seres humanos somos medios los unos para los otros, pero al mismo tiempo somos también fines; por ello, tenemos dignidad y no precio.
- ii)* La relación existente entre medios y fines, es decir, la creencia profunda de que los fines no justifican los medios, sino que, precisamente al revés, muchas veces los medios justifican y hacen buenos los fines.
- iii)* Por último, la necesidad ética de que todos los afectados participen en el proceso de toma de decisiones. La deliberación moral necesita unos mínimos no solo durante el proceso (reciprocidad, transparencia y responsabilidad), sino también en el resultado (libertad, oportunidad básica y oportunidad justa), y estos objetivos son difícilmente alcanzables sin la adopción compartida de decisiones.

En el debate actual sobre las decisiones al final de la vida están en juego dos ideas básicas: por un lado, el derecho de las personas a decidir sobre los tratamientos y las opciones clínicas y, por otro, el deber de la sociedad y de los profesionales de la salud de intervenir en el proceso de la muerte y en las decisiones que conlleva. Estos derechos y deberes siempre están totalmente teñidos de valores.

En nuestros días existe un acuerdo universal ético-sanitario que aboga por la implantación efectiva y el óptimo desarrollo de los cuidados paliativos al más amplio nivel y que defiende, asimismo, la necesidad de reconocer el derecho a la toma de decisiones por parte de los pacientes en todos aquellos aspectos relacionados con su salud, enfermedad y proceso terapéutico.

El debate social sobre la eutanasia debe enmarcarse en una reflexión individual y comunitaria más global sobre el conjunto de las decisiones relativas al final de la vida, decisiones relacionadas con los valores y las actitudes sobre la salud y la enfermedad, la vida y la muerte, la discapacidad, la dependencia, el cuidado, la libertad, etc. Resulta importante recalcar este extremo porque, hoy por hoy, en el debate sobre la eutanasia, muchas veces se olvida que forma parte de un problema mucho más global y totalizador —es un problema sanitario sí, pero también social, político y económico. Actualmente el debate está polarizado por dos visiones éticas contrapuestas. Por un lado, la de quienes se oponen a la eutanasia y, por tanto, a cualquier decisión legal en el sentido de su despenalización, una perspectiva basada en la defensa de la sacralidad de la vida. La segunda postura es la de quienes sostienen que, cuando la vida no llega a un mínimo de calidad, vivir puede ser incluso peor que morir y defienden, por tanto, que se avance hacia el reconocimiento del derecho de las personas a decidir sobre el final de su vida (Martínez Urionabarrenetxea, 2005: 400-407).

Son, pues, dos visiones éticas absolutamente enfrentadas en lo que respecta a los valores. De hecho, múltiples estudios han puesto en evidencia que la oposición a la eutanasia ha existido siempre y que, también hoy, está estrechamente vinculada a los valores religiosos. Se trata de un desacuerdo moral de máximos, pero esta discrepancia no puede implicar que

no sea posible llegar a acuerdos de mínimos que permitan a unos y a otros seguir viviendo y defender sus valores de máximos.

Adela Cortina afirma que, para que una sociedad pluralista como la nuestra crezca moralmente en vez de perder tono moral, deben reforzarse los mínimos y ampliarlos, evitando que las éticas de máximos se utilicen como armas arrojadas desde intereses espurios. Para ello, es necesario mantener una relación de no absorción entre los mínimos y los máximos. La economía del desacuerdo moral se construye mediante la deliberación ciudadana y la aprobación de leyes, leyes que en los países democráticos no son ni más ni menos que fruto del consenso ético de mínimos, o al menos del acuerdo ético de mínimos mayoritario de una sociedad (Cortina, 2001).

A pesar de las afirmaciones sobre la sacralidad de la vida expresadas por la jerarquía de la Iglesia católica, existen diferentes organizaciones religiosas que están de acuerdo con la despenalización de la eutanasia.

El Instituto Borja de bioética de la Universidad Ramon Llull (Fabre *et al.*, 2005: 1-9) elaboró una «Declaración sobre la eutanasia» en la que se manifestaba en los siguientes términos:

«Toda reflexión sobre la eutanasia debe enmarcarse en una clara apuesta por la vida de toda persona, y por una vida humana de calidad. Esta apuesta pasa no solo por una adecuada atención sanitaria, sino también por la exigencia de las necesarias atenciones sociales, económicas, culturales y espirituales que hacen posible una vida humana de calidad. La apuesta por la vida no ignora ni excluye la exigencia de saber asumir y afrontar sus acontecimientos más difíciles de modo responsable.

Creemos que la vida es un don que recibe la persona para vivirla responsablemente. De ahí que no la podamos concebir como un hecho que nos limita, sino como un potencial del que disponemos para ponerlo al servicio de un proyecto verdaderamente humano y humanizador.

Esta premisa nos permite reflexionar a propósito de aquellas situaciones en las que la vida ya no se percibe como un don, sino como una pesada carga. Entre estas situaciones tiene una especial relevancia aquella en que la vida se convierte en una dolorosa y agónica espera de la muerte.

En el marco de la apuesta por la vida, la reflexión sobre la eutanasia se adentra en el inexorable proceso del morir de la persona, un proceso que puede culminar en el último acto humano en la medida en que se sabe afrontar con lucidez y responsabilidad. Esta lucidez y responsabilidad pueden significar una firme decisión de anticipar la muerte ante su irremediable proximidad y la pérdida extrema y significativa de calidad de vida. En estas situaciones se debe plantear la posibilidad de prestar ayuda sanitaria para el bien morir, especialmente si ello significa apoyar una actitud madura que concierne, en definitiva, al sentido global de la vida y de la muerte.

Consideramos que la defensa de la vida es un valor ético y debe ser jurídicamente protegido. Sin embargo, se podría admitir una excepción en el caso de la eutanasia tal y como ha sido descrita. Por tanto, se debería plantear cómo tipificar estos casos desde la perspectiva médica y cómo recogerlos en una norma jurídica.

No podemos olvidar la realidad social en la que vivimos: una sociedad que pretende poseer la madurez suficiente para reflexionar y dar respuesta desde la ética y la ley a las demandas de eutanasia, debe tener en cuenta la asistencia sanitaria que se presta a los ciudadanos que se encuentran en el tramo final de su vida: es una realidad palpable que en el Estado español no está suficientemente desarrollada la asistencia a los enfermos con enfermedades en fase terminal, con un adecuado tratamiento del dolor y del sufrimiento (unidades de cuidados paliativos), con el apoyo técnico domiciliario que permita que la persona pueda morir en casa en un contexto de confort familiar

y afectivo y por tanto requiere mayor desarrollo. Muchos pacientes mueren en condiciones precarias, con un sufrimiento innecesario y sin un entorno adecuado. En consecuencia sería necesaria una acción firme en política sanitaria, con más inversiones en personal y en infraestructuras especializadas para mejorar y ampliar este tipo de asistencia».

En relación con el debate que se plantea frecuentemente sobre si la sedación irreversible es equivalente a la eutanasia, Azucena Couceiro concluye que el problema de la sedación no es el mismo que el problema de la eutanasia, pero que no por ello deja de ser un grave problema moral (Couceiro, 2003: 29-58)

En el siguiente cuadro, que incorpora algunas modificaciones respecto al que en su día publicaron Barbero y Camell (1997: 26-34), pueden verse las diferencias y los aspectos comunes de las diferentes medidas para aliviar el sufrimiento de los pacientes.

	Objetivo Primario	Mal menor que asume	Objetivo Final
1. Intervención paliativa habitual: Escala analgésica + soporte emocional, + reducción de amenaza + incremento de recursos etc.	Control del dolor y otros síntomas y situaciones que preocupen al paciente	Ninguno: El conocimiento de los opioides ha hecho que prácticamente desaparezca el riesgo de acelerar la muerte por depresión respiratoria	Aliviar el sufrimiento
2. Sedación profunda y permanente	Control del dolor y otros síntomas y situaciones que preocupen al paciente	Desaparición de la conciencia: vida CONSCIENTE * Acortamiento de la vida	Terminar definitivamente con el sufrimiento
3. Suicidio médicamente asistido y eutanasia (activa, directa y voluntaria)	Control del dolor y otros síntomas y situaciones que preocupen al paciente	Desaparición de la vida BIOLÓGICA	Terminar definitivamente con el sufrimiento

Progresión de medidas para combatir el sufrimiento. Modificada de Barbero y Camell (1997)

Los profesionales de la sanidad nos hemos preocupado mucho más por la desaparición de la vida biológica que por la desaparición de la conciencia. Baste recordar con qué rapidez y frecuencia se tomaban estas decisiones: avisaban a la familia de que se «iba a dormir» al paciente con el objetivo de que se despidieran de él. Afortunadamente, el desarrollo de los cuidados paliativos ha modificado la forma de proceder a la sedación, y ha propiciado un mejor uso de los fármacos y las dosis empleadas. Solo un absoluto respeto de las indicaciones médicas y de la autonomía podrá justificar esta práctica como lo que realmente debe ser: un «mal menor», asumido desde una ética de la responsabilidad, que debe ser aplicado solo cuando el resto de las posibilidades de intervención no han dado resultado.

Hay otros ejemplos de diferentes grupos cristianos y personas creyentes que no coinciden con la opinión oficial de la Iglesia:

La Comisión de Laicidad de Cristianos y Cristianas de Base de Madrid caracteriza la eutanasia como un derecho humano:

«En resumen, la decisión sobre el morir pertenece al núcleo de la dignidad de las personas. Si las personas eligen cómo vivir y el sentido que le dan a su vida, también deben poder elegir su muerte, su modo de morir. Sea porque no quieren soportar una enfermedad terminal llena de dolores y sufrimientos insoportables, físicos o psicológicos, o sea porque no desean llegar al final de una vida que ya no es una vida humana, reducida a una expresión puramente biológica, una vida vegetativa» (Comisión de Laicidad, 2017).

Juan Masiá, sacerdote jesuita y profesor de bioética desautorizado por sus superiores en materias de moral sexual y bioética, trabaja desde hace años en el Departamento de Bioética de la Universidad de Sofía en Japón. Su opinión sobre la Proposición de Ley de la eutanasia es la siguiente:

«La proposición de ley es moderada y garantista. Me parece sensata y razonable la regularización digna de la eutanasia responsable, pero en contexto eutanásico, es decir, que sea verdaderamente eu-thanasia o buen morir; mejor dicho, buen vivir mientras y hasta morir. Desde mi doble dedicación a la bioética laica y a la espiritualidad cristiana, puedo celebrar la presentación del Proyecto de Ley Orgánica de regulación de la eutanasia. Hacen un flaco favor a la defensa de la vida y de la fe las afirmaciones de algunas instancias jerárquicas eclesíásticas que califican de homicidio a la eutanasia jurídica y éticamente responsable, o que invitan a manifestaciones de oración y penitencia para apoyar la oposición a la ley» (Masiá, 2020).

Otra opinión destacable es la del Teólogo Hans Küng, que en el tercer volumen de sus memorias planteó la opción de asumir la muerte solicitando la aceleración médicamente asistida del fallecimiento. Lo afirmó al constatar el avance de su enfermedad. Su testimonio está suscitando reacciones ambivalentes en los partidarios y detractores de la regulación jurídica orientada a despenalizar la eutanasia.

Contra la opción planteada por el teólogo se ha argumentado los siguiente:

- Algunas instancias religiosas han argüido que no tenemos derecho a adueñarnos de la propia vida y violar, así, una ley divina.
- Algunas posturas humanistas no religiosas han sostenido que la autonomía personal no justifica que renunciemos voluntariamente a la vida mediante una elección que implicaría la destrucción de esa misma autonomía.

Para apoyar la opción de Küng se han vertido estos argumentos:

- Algunas posturas religiosas han afirmado que tenemos derecho a ejercitar la libertad dada por Dios para decidir el cómo y el cuándo del final de la vida.
- Algunas posturas no religiosas han alegado que el ejercicio de la autonomía personal es un derecho humano inalienable (Küng, 2013).

Juan Masiá (2013) reflexiona sobre estos argumentos, ninguno de los cuales le parece suficientemente convincente.

Masiá considera que la difusión mediática de estas cuatro argumentaciones fomenta en la opinión pública la impresión generalizada de que el rechazo de la eutanasia se identifica

con una expresión de identidad religiosa y de que su aceptación y defensa coincide necesariamente con una actitud no religiosa o incluso, antirreligiosa. Se argumenta, por tanto, como si el rechazo o la aceptación fuesen cuestión de fe o de agnosticismo.

Frente a esa opinión tan extendida, hace años que Masiá presenta este tema en las clases de ética como una cuestión de decisión humana razonable y responsable.

Supongamos que cuatro clases de personas (a las que llamaremos convencionalmente A, B, C y D) se encuentran en la situación descrita por Küng, es decir, ante la proximidad de la muerte. Dos de ellas (A, no religiosa, y C, religiosa) optan por la eutanasia. Las otras dos (B, no religiosa, y D, religiosa) rechazan la eutanasia. Preguntadas por las razones de su decisión, la explican del siguiente modo:

Persona A (no religiosa): quiere ser coherente con su convicción de que es razonable y responsable no solo pedir ayuda en el morir, es decir, ayuda (curativa, paliativa y humana) para vivir dignamente hasta el final el proceso de morir, sino también solicitar ayuda para determinar cómo y cuándo acelerar el final del proceso en circunstancias especialmente penosas y amenazadoras para su dignidad.

Persona C (religiosa): está convencida en conciencia de que no contradice su fe en el Dios de la vida la adopción de una decisión personal sobre el momento de despedirse de esta vida y asumir la muerte que se aproxima como acto de confianza en la «Vida de la vida» (entendiendo que es el caso de Hans Küng).

Persona B (no religiosa): está convencida de que conculca su dignidad asumir la vulnerabilidad humana tal cual es, sin forzar la prolongación ni la aceleración del proceso de morir, sino dejándose llevar al mar del morir en que desemboca el río de su deterioro biológico.

Persona D (religiosa): se siente llamada o invitada (pero no obligada por ley divina ni eclesial) a confiar en el misterio último que da sentido a su vida, dejar la determinación del cuándo y el cómo de su final en manos de quien se la dio y encomendar su espíritu confiadamente para morir hacia la «Vida de la vida».

Juan Masiá se identifica con esta última opción; respeta y reconoce la validez razonable y responsable de las otras tres posturas y no pretende imponer la suya en ningún caso a los demás individuos ni la sociedad civil. Por ello, no se opone a la despenalización de la eutanasia y comparte la declaración científica y teológicamente respaldada del Instituto Borja de Bioética (2005) cuando afirma que «[...] lucidez y responsabilidad en el último acto de la vida pueden significar una firme decisión de anticipar la muerte ante su irremediable proximidad y la pérdida extrema y significativa de calidad de vida. En estas situaciones se debe plantear la posibilidad de prestar ayuda sanitaria para el bien morir, especialmente si ello significa apoyar una actitud madura que concierne al sentido global de la vida y de la muerte».

Cabe, pues, constatar que las creencias religiosas de las personas pueden llevarles a argumentar en un sentido u otro y que lo más importante es, siempre, el respeto a todos los seres humanos.

Por su parte, la Asociación Derecho a Morir Dignamente ha esgrimido estos argumentos:

«Morir es una decisión personalísima. Ninguna persona solicita a su médico una eutanasia sin estar convencida de que su sufrimiento es irremediable. Además del sentido común, todas las leyes aprobadas exigen que se consideren todos los recursos disponibles, como los cuidados paliativos. En Oregón, donde desde 1998 tienen sistematizada la recogida de estos datos, las tres razones para morir más frecuentes son: el sufrimiento existencial, la incapacidad para disfrutar de la vida y la pérdida de autonomía. Las personas no deciden morir por miedo al dolor, a síntomas de la agonía o a cualquier otro que se pueda tratar con cuidados paliativos, sino porque consideran que «vivir así» ya no tiene sentido. Por ello, afirmar que los cuidados paliativos son el antídoto de la eutanasia es un acto de fe que, como tal, no se basa en la realidad (el deseo de morir), sino en las creencias personales (la muerte voluntaria es inaceptable). En Bélgica, en seis de cada diez eutanasias intervienen los cuidados paliativos; no existe competencia, sino complementariedad. Ese es el camino» (*Gaceta Sanitaria*, 2018).

El las conclusiones de su informe, publicado en octubre de 2020, el Comité de Bioética de España afirma:

«A lo largo de este informe hemos visto que existen sólidas razones para rechazar la transformación de la eutanasia y/o auxilio al suicidio en un derecho subjetivo y en una prestación pública. Y ello no solo por razones del contexto social y sanitario, sino, más allá, por razones de fundamentación ética de la vida, dignidad y autonomía. El deseo de una persona de que un tercero o el propio Estado acabe con su vida, directa o indirectamente, en aquellos casos de gran sufrimiento físico y/o psíquico debe ser siempre mirado con compasión, y atendido con una actuación compasiva eficaz que conduzca a evitar los dolores y procurar una muerte en paz. Sin embargo, tal compasión no consideramos que legitime ética y legalmente una solicitud que, ni encuentra respaldo en una verdadera autonomía, atendido el contexto actual de los cuidados paliativos y sociosanitarios, ni, además, queda limitada en sus efectos al propio espacio privado del individuo. Legalizar la eutanasia y/o auxilio al suicidio supone iniciar un camino de desvalor de la protección de la vida humana cuyas fronteras son harto difíciles de prever, como la experiencia de nuestro entorno nos muestra» (Comité de Bioética de España, 2020).

3. ASPECTOS CLÍNICOS

Diferentes estudios muestran que alrededor del 10 % de enfermos en la fase final de la enfermedad han considerado seriamente la posibilidad de solicitar la eutanasia o el suicidio asistido. Utilizando una escala que mide los deseos de muerte, Kelly *et al.* (2003: 375-84) detectan un riesgo del 14 %. La mayoría de estos pacientes han expresado su deseo a un familiar, a un médico o a una enfermera. Los factores que predisponen a estos sujetos a expresar este deseo son los siguiente: presentan elevadas puntuaciones en ansiedad o depresión, se sienten una carga para los demás, sufren aislamiento social y tienen escaso soporte. Cabe destacar que la presencia de síntomas severos de determinada enfermedad ha sido mucho menos significativa en esta evaluación.

Una revisión de las razones que argumentan los pacientes para solicitar la eutanasia o el suicidio asistido (Bascom *et al.*, 2002: 91-98) evidencia que vinculan aquellas razones con

la dependencia, la merma de su autonomía, la pérdida de su dignidad y su percepción de ausencia de sentido de la vida, el sufrimiento físico actual o futuro y el hecho de que sienten preparados para morir. Bascom afirma que cuando el profesional responde a estas cuestiones con evitación o rechazo está perdiendo una oportunidad de aliviar su sufrimiento.

Un estudio realizado en la Unidad de Cuidados Paliativos del Hospital de la Santa Creu y San Pau de Barcelona (Güell *et al.*, 2015: 295-303) para conocer la prevalencia y las razones que esgrimen los pacientes que expresan el deseo de que se anticipe su muerte o solicitan la eutanasia o el suicidio asistido muestra que la prevalencia en la solicitud fue de un 10.3 % de los pacientes, petición que se mantuvo en el tiempo en el 72 % de ellos. Cabe concluir que el 2 % de los pacientes solicitan la eutanasia de manera clara y reiterada y afirman que opinaban lo mismo previamente a la enfermedad. Estos datos coinciden con otros estudios realizados.

Dentro del ámbito profesional de la enfermería, en Andalucía se realizó un estudio en el que el personal de enfermería debía completar un cuestionario que identificara correctamente situaciones en las que existía una demanda de eutanasia o suicidio asistido. Hasta un 64 % de los encuestados las identificaron correctamente. Afirmaron que un 21.4 % habían recibido peticiones de eutanasia por parte de los pacientes. En general, el estudio puso en evidencia que existe un gran apoyo (70 %) a la legalización de la eutanasia y el suicidio asistido (Tamayo *et al.*, 2012: 677-691).

Los profesionales sanitarios que cuidan a pacientes que se encuentran en el final de su vida requieren una sólida formación en bioética para gestionar los problemas éticos que surgen en esta fase de la vida de los pacientes.

Sin embargo, a nivel institucional, las cosas se perciben de otra manera. En la edición del 15 de enero de 2021 del diario *La Vanguardia* leemos:

«El pasado 17 de diciembre, el Congreso de los Diputados aprobó la primera ley reguladora de la eutanasia por 198 votos a favor, 138 en contra (PP, Vox y UPN) y dos abstenciones. A falta de la ratificación del Senado, un trámite previsto para febrero, el debate que la cuestión suscitó en la esfera política ha saltado al ámbito profesional sanitario. Los colegios oficiales de médicos de Madrid y de Catalunya se han pronunciado, respectivamente, en contra y a favor de la normativa en una especie de guerra de comunicados. Solo coinciden en la necesidad de potenciar la atención paliativa en el final de la vida. Sostienen que la ley implica un recorte o la eliminación del derecho a la vida y que la demanda de eutanasia “es mínima o nula cuando el paciente es atendido por un equipo de profesionales experto”. “Es particularmente grave el engaño que nace con la ley de considerar la muerte provocada por eutanasia como muerte natural, algo injustificable”, denuncian. En opinión de los colegios de Madrid, la regulación de la eutanasia carece de demanda social, es inoportuna en la situación de pandemia y se ha tramitado “de forma acelerada por decreto, sin diálogo alguno con las profesiones sanitarias y contra el criterio del Comité de Bioética, máximo órgano asesor del Gobierno en este tema”».

Por su parte, el Consell de Col·legis de Metges de Catalunya argumenta: «El acceso a los cuidados paliativos puede rescatar a la mayoría de los enfermos incurables de la desesperación y de las ganas de morir. Esto no quita que alguna persona, en función de su grave situación clínica y del sufrimiento insostenible que esta le provoca, de sus creencias, de su escala de valores, en plena competencia y en pleno uso de su autonomía, desee disponer de

su propia vida y necesite ayuda técnica para hacerlo de manera eficaz e indolora». Según los colegios catalanes, el médico debe garantizar una atención adecuada a una persona en situación de final de vida, «[...] respetando su voluntad y planificando las decisiones anticipadas en todo lo posible, sin intervenciones fútiles y de acuerdo con sus valores y preferencias» (López Tovar, 2021).

Sería conveniente establecer mecanismos de participación democrática en las asociaciones de profesionales sanitarios que se activaran con carácter previo a la exposición pública de su posición sobre temas tan controvertidos a fin de que reflejaran los diferentes puntos de vista de sus asociados.

Como puede observarse, las posiciones de los médicos, al igual que las del resto de la sociedad son antagónicas. Por tanto, desde el punto de vista ético, deberían respetarse y garantizarse todas las opciones.

4. CONCLUSIONES

Desde mi condición de profesional que trabaja en el ámbito de los cuidados paliativos, considero que la aprobación de la Proposición de Ley sobre la eutanasia es una medida que amplía el abanico de posibilidades en el acompañamiento de los pacientes en el final de la vida.

A nivel global, me parece una ley bastante garantista con los derechos de las personas que puedan solicitarla.

Considero que el «morir bien» es un derecho del ser humano y, como ya he comentado a la largo del texto, esta situación será diferente en cada persona y que toda nuestra actuación tiene que basarse en los valores y deseos de cada uno de ellos.

Creo que las diferentes medidas que he expuesto para aliviar el sufrimiento pueden dar respuesta a las necesidades de cada paciente. Insisto en que todo el proceso de deliberación ética debe realizarse en un contexto de calidez, escucha activa, acompañamiento y planificación anticipada de decisiones siempre que sea posible.

La puesta en marcha de esta ley debe ir acompañada de la previsión de recursos asistenciales a todos los niveles. La oferta de unos cuidados paliativos de calidad siempre debe estar presente.

BIBLIOGRAFÍA

- ABEL FABRE, Francesc *et al.* (2005): *Hacia una posible despenalización de la Eutanasia. Declaración del Institut Borja de Bioètica*, Barcelona: Universitat Ramon Llull.
- BARBERO, Javier y Helena CAMELL (1997): «Sedación y paciente terminal: la conciencia perdida», *Medicina Paliativa*, 4(4), 26-34.
- BASCOM, Paul B. y Susan W. TOLLE (2002): «Responding to requests for physician-assisted suicide», *The Journal of the American Medical Association*, 288, 91-98.
- CALLAHAN, Daniel (1997): *Los Fines de la Medicina*, Barcelona: Fundació Víctor Grifols i Lucas.

- COMISIÓN DE LAICIDAD DE CRISTIANOS Y CRISTIANAS DE BASE DE MADRID (2017): «La Eutanasia, ¿Un derecho humano?», *Revista Utopía*, 101.
- COUCEIRO, Azucena (2003): «La sedación de los enfermos en el contexto de los cuidados paliativos», *Cuadernos de la Fundació Victor Grifols i Lucas*, 9, 29-58.
- CORTINA, Adela (2001): *Alianza y contrato. Política, Ética y Religión*, Madrid: Trotta
- DE MONTALVO JÄÄSKELÄINEN, Francisco, Rogelio ALTISENT TROTA, Vicente BELLVER CAPELLA, Fidel CADENA SERRANO, Manuel DE LOS REYES LÓPEZ, Álvaro GÁNDARA DEL CASTILLO *et al.* (2020): *Informe del Comité de Bioética de España sobre el final de la vida y la atención en el proceso de morir, en el marco del debate sobre la regulación de la eutanasia: propuestas para la reflexión y la deliberación*, Madrid: Comité de Bioética de España.
- EMANUEL, Ezekiel (2014): «Why I hope to die at 75», en *The Atlantic*, October.
- GRACIA GUILLÉN, Diego (2005): «De nuevo la eutanasia a debate», *Jano*, 49-50.
- GÜELL, Ernest, Alejandra RAMOS, Tania ZERTUCHE y Antonio PASCUAL (2015): «Verbalized desire for death or euthanasia in advanced cancer patients receiving palliative care», *Palliative and Supportive Care*, 13, 295-303.
- KELLY, Brian, Paul BURNETT, Shirlene BADGER *et al.* (2003): «Doctors and their patients: A context for understanding the wish to hasten death», en *Psycho-Oncology*, 12, 375-184.
- KÜNG, Hans (2013): *Humanidad vivida. Memorias III*, Madrid: Trotta.
- LÓPEZ TOVAR, Antoni (2021): «Los médicos de Cataluña y Madrid se enfrentan sobre la eutanasia», *La Vanguardia*, 15 de enero.
- MARÍN-OLALLA, Fernando (2018): «La eutanasia: un derecho del siglo XXI», *Gaceta Sanitaria*, 32(4), 319-402.
- MARTÍNEZ URIONABARRENETXEA, Koldo (2005): «Sobre la moralidad de la Eutanasia y del Suicidio Asistido», *Revista sobre Calidad Asistencial*, 20, 400-407.
- MASIÁ, Juan (2020): «Vivir y pensar en la frontera», *Religión digital*, 15 de diciembre.
- (2013): «Cuestión de Fe», *El País*, 22 de octubre.
- REAL DE ASÚA, Diego (2020): «Grupo de trabajo de Bioética de la Sociedad Española de Medicina Interna», *Redacción Médica*.
- SIMÓN LORDA, Pablo, Inés María BARRIO CANTALEJO, Francisco J. ALARCOS MARTÍNEZ, Javier BARBERO GUTIÉRREZ, Azucena COUCEIRO y Pablo HERNANDO ROBLES (2008): «Ética y muerte digna: propuesta de consenso sobre un uso correcto de las palabras», *Revista sobre Calidad Asistencial*, 23(6), 271-285.
- TAMAYO, María Isabel, Pablo SIMÓN LORDA y Maite CRUZ (2012): «Euthanasia and physician assisted suicide: Knowledge, attitudes and experiences of nurses in Andalusia (Spain)», *Nursing Ethics*, 19(5), 677-691.

Fecha de recepción: 30 de enero de 2021.

Fecha de aceptación: 29 de marzo de 2021.