

INTUICIONES SOBRE EL FINAL DE LA VIDA:

“YO”, EUTANASIA Y SUICIDIO ASISTIDO

**Curso “Master en Bioética”
Instituto Borja de Bioética
Universidad Ramón Llull
José A. Cuenca T.
30 de noviembre de 2006**

INDICE GENERAL

CAPÍTULO	Página
I. INTRODUCCION	2
Situación actual	
Anticipo de los capítulos siguientes	
Tesis	
II. ESTADO ACTUAL DE LA CUESTIÓN	4
Ejemplos más allá de nuestras fronteras	
Ejemplos en nuestras fronteras	
El debate está abierto	
III. DEFINICIONES TERMINOLÓGICAS	9
Definición de términos	
Implicaciones	
IV. SÍNTESIS DE DIFERENTES POSICIONES	12
Inviolabilidad y santidad de la vida	
Calidad de la vida y libre disposición de la misma	
V. DIGNIDAD HUMANA Y CALIDAD DE VIDA	17
Dignidad humana	
Calidad de vida	
VI. EUTANASIA Y SUICIDIO ASISTIDO: UNA PROPUESTA INTUITIVA	20
Eutanasia y “Yo”	
Eutanasia y “Yo-tú”	
Eutanasia y “Yo-nosotros-vosotros	
Eutanasia y “Yo-entorno”	
VII. CONCLUSIONES	27
BIBLIOGRAFÍA	29

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

Ni el estado, ni el médico, ni la Iglesia pueden arrebatar al moribundo su decisión. Hans Küng

La vida y la muerte parecen cuestiones sensibles a principios del s. XXI. Con anterioridad a las medicinas, los antibióticos, los respiradores, la diálisis, la reanimación, las unidades de cuidados intensivos, las unidades de cuidados paliativos, la tecnología médica, existía poco control en el proceso de morir. Enfermedades que ahora se pueden tratar eran casi siempre fatales. A principios de siglo pasado, la expectativa de vida en España estaba en unos 35 años, en contraste con los 81 de la actualidad.¹ Gran parte de este incremento en la esperanza de vida se debe a una mejora en las medidas sanitarias públicas, como las mejores condiciones de salubridad, una mayor calidad del agua potable, las vacunaciones, y otros. Pero lo que en realidad ha contribuido de forma significativa en este momento a la expectativa de vida y a la mejor calidad de la misma son los espectaculares avances que se han producido tanto en la tecnología médica como en las terapias específicas.²

De todas formas, en este instante, 120.000 personas están encarando en España una muerte inminente.³ Enfermos para los que no existe posibilidad de curación, ya que son enfermos terminales. ¿Cómo se muere hoy? ¿Está garantizada una muerte digna y sin sufrimiento a dichos pacientes? ¿Es posible acortar la existencia cuando la agonía se vislumbra y se percibe especialmente penosa? ¿Existen demandas de práctica eutanásica? ¿Se practica el suicidio asistido de forma clandestina?

Así que rebrota, de nuevo el tema de la eutanasia y el suicidio asistido, volviendo a estar de actualidad; máxime cuando la muerte está teniendo mucho protagonismo mediático (e.g. “Mar Adentro”, “Hospital de Leganés”, y otros). El caso es que se está abordando un asunto importantísimo: la autogestión de la vida, y de la muerte. Según Diego Gracia, eminente bioeticista, el primer hito lo constituyó la doctrina del consentimiento informado; luego, la aceptación de las voluntades anticipadas; después, le seguirá -probablemente- la despenalización de la eutanasia y la ayuda al suicidio⁴ Es un proceso que se sigue de la asunción de la autonomía como uno de los valores fundamentales del ser humano.

¹ www.mayores.consumer.es.

² Véase como un ejemplo reciente, la práctica de trasplantes de riñón con sangre incompatible realizados por primera vez en España en el Hospital Clínic de Barcelona. Ángeles Gallardo, El Periódico de Catalunya”, 23 de noviembre de 2006, edición electrónica.

³ Eso decía Milagros Pérez Oliva, redactora jefa en temas de salud de “El País”, en este mismo diario el 30 de mayo de 2005, en un artículo de investigación titulado ‘Morir en España’, pág. 17.

⁴ Diego Gracia. “De nuevo a eutanasia a debate”. En Humanidades Médicas (texto fotocopiado).

En el presente trabajo se pretende insistir en que ese principio de autonomía y de autogestión personal de la vida -en el amplio abanico de relaciones de la persona y del ser humano- incide asimismo poderosamente en la autogestión personal de la muerte.

Para ello, se intentará repasar el actual estado de la cuestión relativos al debate contemporáneo en nuestro contexto, enumerando diferentes casos y situaciones que lo han suscitado.

Posteriormente, se tratará de describir diferentes términos relacionados con el vocablo “eutanasia” y con el concepto “suicidio asistido”. No siempre tienen la misma significación para todos, y -por ende- la interpretación de los mismos dan lugar a posicionamientos y conclusiones distintas.

Por esta razón, se resumirá después una síntesis de las diferentes posiciones con las que se relaciona el asunto de la eutanasia y del suicidio asistido.

A partir de ahí, se realizará una propuesta intuitiva por parte del autor del presente trabajo relacionada con ambos temas. Se reconoce que ese capítulo será el central, y que -en este momento- sólo se pretende una iniciación al mismo. Por ello, y en previsión para el próximo Curso y ulterior reflexión, se intentará abordar de una manera más extensa y profunda.

CAPÍTULO II

ESTADO ACTUAL DE LA CUESTIÓN

“Hoy nos mueren más que nos morimos”. Dr. Jordi Gol

Desde luego, el asunto de la eutanasia no es nuevo. Es tan antiguo como la medicina y, probablemente, desde que el ser humano es tal. Diego Gracia habla de que la historia de la eutanasia puede dividirse en tres fases: la eutanasia ritualizada, la eutanasia medicalizada y la eutanasia autonomizada⁵ Según dicho autor, la eutanasia “ritualizada” tiene que ver con la forma en la que las diferentes culturas han afrontado el hecho de la enfermedad y de la muerte -generalmente utilizando argumentos religiosos- con el fin de humanizar la muerte, tratando de evitar en lo posible el sufrimiento acelerando directa y voluntariamente su llegada. La eutanasia “medicalizada” surge con la medicina científica de Grecia y pervive hasta la Segunda Guerra Mundial, caracterizándose por la tecnificación del morir y -especialmente- por la ausencia de voluntad y autonomía de los pacientes en la toma de decisiones respecto a la muerte. A partir de las últimas décadas del s. XX, Gracia habla de la eutanasia “autonomizada”, la cual se caracteriza por el hecho que es el paciente quien tiene derecho a decidir sobre su propio cuerpo -tanto en la salud, la enfermedad, la vida y la muerte- y, por lo tanto, puede ser protagonista para tomar decisiones en cuanto a su muerte que es “la cuestión personal por antonomasia. No hay más muerte que la propia...”⁶

Se ha dicho que el asunto de la eutanasia no es nuevo. Y es que, en ese contexto de “eutanasia autonomizada” se han dado casos que han hecho que la opinión pública tenga una sensibilidad especial hacia una práctica médica centrada en la prolongación de la vida de los enfermos irreversibles. Casos como los de Franco, Trumann, Bumedian, Tito, el Sha de Persia, Hiro Hito, conocidos estadistas que fallecieron tras una larga, cruel, desproporcionada y prolongada situación, han sido usadas para sensibilizar la conciencia en contra de lo se ha dado en llamar “encarnizamiento terapéutico”.

Así, lo nuevo en el debate sobre la eutanasia y el suicidio asistido es una mayor conciencia por los derechos del enfermo, de la realidad de un envejecimiento de la población en el mundo occidental, y el hecho de que la tecnología médica es capaz de prolongar la vida humana en condiciones muy poco humanas.

⁵ Diego Gracia, La Eutanasia y el Arte de Morir, ed. por J. Gafó (1990), págs. 13 ss.

⁶ Ibid, pág. 27

En este debate, por otra parte, también han concurrido diferentes casos que merece la pena repasar.

Baby Doe Era un niño nacido en 1982, en Indiana, afectado por el síndrome de Down, y padecía -además- una atresia esofágica que exigía una rápida intervención quirúrgica. Al comunicar el equipo médico el caso a sus padres, éstos decidieron no realizar la cirugía. Se informó a un juez, que aceptó la postura de los padres. Pero esta situación se hizo pública, creándose un importante movimiento de solidaridad con el recién nacido. Así que, el asunto se llevó al Tribunal Supremo, pero Baby Doe falleció antes de que aquél pudiera pronunciarse. El caso dio origen a que el gobierno federal publicase unas directivas por las que no se podría omitir una intervención quirúrgica en una situación parecida y que sería legítimo suplantar la autoridad paterna. Este caso es representativo e importante debido a los grandes avances en neonatología que -por un lado- pueden salvar vidas de recién nacidos con poco peso y pocos meses, pero que -por otro- también conlleva el riesgo de prologar la vida con graves déficits cerebrales.

Arthur Koesler. Fue un conocido escritor, nacido en Budapest pero ciudadano británico, que se había distinguido en sus posicionamientos a favor de la eutanasia. Escribió una pequeña guía de autoliberación y se comprometió con la asociación británica en pro de la eutanasia, denominada Exit. Un día aparecieron él y su esposa Cynthia muertos en su casa de Londres. La esposa padecía de depresiones y él padecía de Parkinson y se le acababa de diagnosticar leucemia. Para morir, utilizaron métodos descritos en su guía de autoliberación. El valor del caso reside en la posibilidad de ejemplificarlo dentro del suicidio asistido.

Karen Ann Quinlan. Era una joven de veintiún años que en 1975 entró en coma irreversible por la sobreingesta de alcohol y barbitúricos. Los padres pidieron a un juez de New Jersey que se desconectase del respirador porque consideraban que no tenía sentido mantener la situación. La sentencia denegó el permiso por la razón de que los motivos humanitarios no justificaban la acción de acabar con la vida de una persona. Se apeló al Supremo argumentado que la enferma había manifestado que no quería vivir en una situación como esta, y su derecho a la intimidad y a la autonomía. El juez del Tribunal Supremo de New Jersey sentenció favorablemente a la petición de los padres de Karen, en Marzo de 1975. Tras desconectarle del respirador, la enferma vivió diez años más -falleciendo en junio de 1985- en estado de coma ya que no se le retiró la alimentación artificial, entendiéndose esto como eutanasia activa. Diferentes voces enunciaron las contradicciones de dicho planteamiento.

Nancy Cruzan. También una joven que sufrió en 1983 un grave accidente de automóvil quedando en estado de coma persistente e irreversible, siendo ayudada por alimentación y soporte hídrico. Sus padres querían interrumpir la ayuda que recibía por juzgarlo absurdo y porque ella se había manifestado en contra de este tipo de tratamiento, y en 1987 pidieron permiso al juez. A mediados de 1988, el juez dictaminó a favor de la petición paterna, pero una serie de apelaciones retrasaron la sentencia -la que desde Missouri llegó al Tribunal Supremo de los EEUU-. Así que, el Supremo sentenció en 1990 que se podían rechazar los soportes vitales cuando concurría un estado vegetativo permanente y una decisión previa por parte del paciente en relación a no querer seguir viviendo en esas condiciones. Así pues, se consideró probado que Nancy no hubiera querido seguir viviendo así, y recomendaron la introducción en el contexto médico de un documento de instrucciones previas. Así pues, tras la

interrupción de la alimentación, su muerte se produjo seis días después en diciembre de 1990.

Diane Pretty. Experimentó una enfermedad degenerativa e irreversible y con dolores insoportables, que la dejó paralizada. Junto a su esposo, pidió a los tribunales de justicia británicos que le concediesen el derecho a morir asistida por su marido. Ya que las diferentes instancias jurídicas denegaron tal petición, apeló al Tribunal de los Derechos Humanos de Estrasburgo. De la misma manera, este Tribunal denegó su petición, muriendo de forma agónica en mayo del 2002.

Vincent Humbert. Este era un joven de veintidós años, francés, que quedó tetrapléjico, mudo y casi ciego a causa de un accidente. Después de tres años en esa situación, y pidiendo el fin de su vida, fue ayudado por su madre y por un médico a morir mediante un medicamento. Murió en septiembre de 2003. Con posterioridad, la fiscalía abrió diligencias contra el médico y contra la madre -a él por envenenamiento con premeditación y a ella por administración de sustancias tóxicas de forma premeditada-. El presidente francés apoyó públicamente a la madre, quién hoy realiza una campaña en nombre de su hijo a favor de la despenalización de la eutanasia.

A.R. Crew. En este caso, se trata de un tetrapléjico inglés de 74 años que fue a Suiza para que le ayudasen a morir. En Suiza no se penaliza la ayuda a morir a una persona que lo pide -por razones humanitarias-, aunque no está despenalizada la eutanasia. Crew murió en el 2003.

Terry Schiavo. Era una ciudadana estadounidense que estuvo durante quince años en estado vegetativo irreversible. Su esposo dio permiso para interrumpir el soporte vital que la mantenía en ese estado, ya que creía y pensaba que ella no habría querido estar en esa situación. No obstante, los padres de ella interpusieron numerosos recursos judiciales para evitarlo. El mismo presidente Bush firmó una ley para que no se pudiese retirar el soporte vital. Finalmente, los jueces dieron la razón al esposo de Ferry, que falleció en abril de 2005.

Además, hay una larga lista de otros pacientes tratados por el Dr. Kevorkian y su llamada “máquina de la muerte”⁷, y las propuestas del Dr. Quill y colaboradores⁸ relativas al suicidio asistido.

Desde luego, hay que mencionar otros casos por lo que nos afecta directamente a nosotros en el debate en el contexto español.

Ramón Sampedro. Seguramente el caso español más conocido, y catapultado por la película de A. Amenábar “Mar Adentro”. Ramón era tetrapléjico desde el año 1963 como consecuencia de un accidente en el mar, y estaba totalmente inmovilizado de pies a cabeza, excepto esta. A Sampedro le pareció que en esas condiciones su vida era indigna y carecía de calidad, por lo que solicitó reiteradamente que los jueces autorizaran a sus médicos a suministrarle sustancias que le permitieran morir dignamente, así como exonerar a éstos de cualquier delito penal. El caso fue

⁷ Jack Kevorkian, *La Buena Muerte*. págs. 12 ss.

⁸ TE Quill, CK Casell y DE Meier, “Atención al enfermo Terminal. Criterios médicos propuestos para la asistencia médica al suicidio”. Boletín de la Institución Libre de Enseñanza, II época, n. 17, págs. 33-41.

desestimado. Pero, finalmente, pudo tomar alguna pócima y cianuro, siendo ayudado por algún amigo, en un claro caso de suicidio asistido. Falleció -no sin agonía por los medios y la clandestinidad intrínseca de los hechos- en Boiro, A Coruña, en enero de 1998.

Jorge León Escudero. Este era un pentapléjico de cincuenta y tres años de Valladolid, y que llevaba postrado en una silla desde la que sólo podía mover los labios desde el 2000 por causa de una caída. Un respirador automático le mantenía con vida desde esa fecha, pero era conocido su deseo, voluntad decidida, e -incluso- intentos de suicidio asistido y -también- de ir a Suiza para acabar con su vida. No dejó de confesar el miedo y la angustia que le producía el pensar que podría sufrir de manera innecesaria durante ese acto. Así que, y a pesar de ello, pidió ayuda para practicar ese suicidio asistido -no sin hacer lo posible para no perjudicar a “la mano que sostiene el vaso”-, y apareció muerto en su domicilio desconectado del respirador el pasado mes de mayo de 2006.

Además, seguramente hay un importante número de casos anónimos que han experimentado tanto la eutanasia como el suicidio asistido⁹, y ya no están aquí para contarlos, máxime con la situación legal con la que nos encontramos. Y a esto hay que añadir diferentes casos, como el del caso Alba¹⁰.

También resuenan otros casos, como los de Jesús Félix N., un badalonés que sufre esclerosis degenerativa irreversible¹¹ que pide que -si fuera legal- le pongan ya una inyección letal.

Y mucho más cerca, tenemos el de Inmaculada Echevarría que padece una distrofia muscular desde hace 30 años, que está ingresada en un hospital de Granada, y que -a través de una rueda de prensa - ha hecho público a través de los medios de comunicación su petición de que le administren una inyección al corazón y una muerte digna y sin dolor.¹²

En este contexto inmediato, la ministra de Sanidad y Consumo, Elena Salgado, ha dicho que el Gobierno no tiene ninguna intención de emprender una reforma legal para despenalizar la eutanasia,¹³ a pesar de que forma parte del programa electoral del PSOE que afirma su intención de promover una comisión para debatir el derecho a la eutanasia y a la muerte digna. Según la ministra -y otros miembros del ejecutivo- “ahora no es el momento...”¹⁴

⁹ Véase Milagros Pérez Oliva, “Morir en España”. El País, 30, 31 de mayo y 1 de junio de 2005. Ana Alfageme, “El final de la vida”. El País, 19 de febrero de 2006.

¹⁰ Niña a la que por causa de la violencia paterna ha quedado gravemente afectada, pero que le han “salvado la vida” (¿qué “vida...”?). Àngels Gallardo, “Alba sale de la UCP”. El Periódico de Catalunya, 7 de abril de 2006, pág. 34. Se añade aquí porque se cree que hay que debatir el difícil caso de los neonatos, niños, y otras personas incapaces -como enfermos mentales-, y otros.

¹¹ Antonio Baquero, “Por una muerte digna”. El Periódico de Catalunya, 20 de abril de 2006, pág. 40.

¹² Julia Camacho, El Periódico de Catalunya, 19 de octubre de 2006., pág. 28. R. Rincón y C. Morán, El País, 16 de octubre de 2006. Cotéjense diferentes informaciones, artículos de prensa, reportajes televisivos, y distintas opiniones al respecto.

¹³ Mónica C. Belaza,, El País, 9 de mayo de 2006.

¹⁴ Ibid.

De todas formas, el debate sigue abierto. Las diferentes estadísticas parecen indicar actitudes a favor de la eutanasia y la muerte digna, incluido el suicidio asistido.¹⁵ No debe olvidarse la labor de la Asociación Española del Derecho a Morir Dignamente (DMD).¹⁶ De la misma manera, no deben pasarse por alto diferentes declaraciones y recomendaciones como las del grupo de opinión del Observatorio de Bioética y Derecho de la Universidad de Barcelona,¹⁷ la del Instituto Borja de Bioética¹⁸ adscrito a la Universidad Ramón Llull de Barcelona, y la última propuesta del Comité de Bioética de Catalunya¹⁹ presentado el pasado mes de octubre.²⁰

¹⁵ Ver CIS y médicos, 2002. Asimismo, “Jóvenes”, 2006.

¹⁶ www.eutanasia.ws

¹⁷ Observatori de Bioètica i Dret, “*Documento sobre la disposición de la propia vida en determinados supuestos: Declaración sobre la eutanasia*”, 2003.

¹⁸ Bioètica & Debat, “*Hacia una posible despenalización de la eutanasia*”, 2005

¹⁹ Comité Consultiu de Bioètica de Catalunya, “*Informe sobre la eutanasia y la ayuda al suicidio*”, 2006.

²⁰ Milagros Pérez Oliva, “*La hora de la eutanasia*”, El País, 8 de octubre de 2006.

CAPÍTULO III

DEFINICIONES TERMINOLÓGICAS

“Porque los que viven saben que han de morir...” (Eclesiastés 9:5)

Al hablar de eutanasia, no hay texto que se precie que no contemple un glosario de términos relacionados con la misma y otros conceptos relacionados con ella.

Justo es reconocer, de antemano, dos situaciones. La primera es que el mismo término “eutanasia” (del griego **eu** = bueno, **thánatos** = muerte; “buena muerte”) es bastante ambiguo y confuso, por lo que se suele adjetivar.²¹ Cada calificativo al término “eutanasia” puede ser polisémico, según la comprensión y posición de cada autor o autores. Por otro lado, algunos autores y conocidos bioeticistas lo consideran no sólo confuso sino “desfasado... y un lastre histórico en el debate...”²², y que la tendencia actual de la bioética es a abandonarlos.

No obstante, y ya que se usan, va a procederse a resumir algunos de ellos.²³

Eutanasia: acción u omisión directa e indirecta dirigida a procurar la muerte de una persona que padece una enfermedad avanzada o terminal, bajo su petición expresa y reiterada de aquella.

Eutanasia Activa o positiva: acción que provoca la muerte de un paciente que sufre de manera intolerable.

Eutanasia Pasiva u occisita: omisión o suspensión de las medidas terapéuticas que prolongan la vida de un paciente en fase terminal.

Eutanasia Voluntaria: la que se realiza a petición expresa del paciente.

²¹ También ello ha provocado confusión.

²² P. Simón Lorda, I.M. Barrio-Cantalejo, M. Iraburu-Elizondo, Azucena Cruceiro, “Sobre la gestión de morir: una carta no publicada al editor de Medicina Clínica”. *Bioética & Debat*, 25 de septiembre de 2006.

²³ Se han utilizado diferentes “Manuales”, especialmente los de Marciano Vidal, *Eutanasia: un Reto a la Conciencia*, 1994; Consejo del Poder Judicial y Ministerio de Sanidad, “Documento sobre situaciones al final de la vida”, 3 de mayo de 1999; J.Gafo, *Eutanasia y ayusa al Suicidio*, 1999; Antonio Cruz, *Bioética Cristiana*, 1999; Organización Médica Colegial, “Declaración Sobre la atención médica al final de la vida”, 2002; Paul Bellamy, “Voluntary Euthanasia and New Zealand”, 22 de septiembre de 2003; *Bioética & Debat*, 9 de septiembre de 2005, nº 32, 2006; www.hayalternativas.org/eutanasia.htm; www.muertedigna.org/textos/eutan.htm; Declaraciones de la OMS; CCBC, “Informe sobre la eutanasia y la ayuda al suicidio”, 2006.

Eutanasia Involuntaria: conducta consistente en provocar la muerte de un paciente en contra de su voluntad explícita, o sin su consentimiento ya que no se puede conocer si desearía morir.

Eutanasia Directa: conducta médica que tiene por objeto y resultado principal la muerte del paciente (se considera sinónimo de “eutanasia activa”).

Eutanasia Indirecta: la conducta del médico que no tiene como fin principal la muerte del paciente sino que ésta es un efecto secundario de la auténtica intención, que es la de aliviar el dolor y aplacar la agonía insoportable (doble efecto).

Distanasia: se refiere a situaciones en las que se prolonga la vida conllevando una mala muerte (encarnizamiento terapéutico).

Ortotanasia: se refiere a la muerte correcta, a su tiempo, sin procurarla activamente pero sin prolongaciones irracionales y crueles para el paciente.

Cacotanasia: aplicación de la muerte a un enfermo que no ha pedido que se le quite la vida o cuyo deseo no es conocido.

Encarnizamiento terapéutico: adopción de medidas médicas carentes de ningún otro sentido que el de alargar innecesariamente la vida de un paciente que está abocado irremediablemente a la muerte.

Limitación terapéutica: actuación de limitar, retirar o no iniciar una medida de soporte vital aunque ésta pretendiese retrasar el momento de la muerte.

Métodos proporcionados o/y desproporcionados: son los medios de soporte vital que se utilizan para que el paciente pueda prolongar o no su vida; dependen de factores diferentes como el nivel de calidad de vida a conseguir, el éxito de su aplicación, el tiempo previsto de supervivencia, las molestias ocasionadas al paciente; el coste terapéutico de la aplicación del tratamiento.

Tratamiento fútil: acto médico que no produce beneficios al paciente y que es clínicamente ineficaz.

Enfermedad incurable avanzada: enfermedad de curso progresivo, gradual, que afecta la autonomía del paciente y que evolucionará hacia la muerte a medio plazo.

Enfermedad terminal: enfermedad en fase evolutiva e irreversible con síntomas múltiples, fuerte impacto emocional, pérdida de autonomía, dudosa respuesta al tratamiento, y pronóstico de vida limitado a semanas o meses.

Buena praxis médica: la aplicación de los objetivos -dignidad y calidad de vida-, principios -atención del enfermo y contexto personal-, y métodos de los cuidados paliativos, aplicando las medidas terapéuticas que eviten la distanasia o la cacotanasia.

Cuidados paliativos: los cuidados activos totales destinados a enfermos terminales o incurables, atendiendo especialmente el control y alivio del dolor y sufrimiento, así como su calidad de vida.

Decisión y consentimiento informado: aquella que toma un paciente autónomo solicitando asistencia médica para morir bien, estando fundamentada en el conocimiento de los hechos más relevantes de su proceso y después de haber sido informado por los médicos que pudieran intervenir.

Suicidio asistido: conducta o actuación en la que la persona misma que sufre una enfermedad irreversible pone fin a su vida con la ayuda de otra persona que coopera proveyendo los medios para ello..

Morir dignamente: concepto ambiguo y subjetivo ya que depende de los deseos de cada persona, aunque podría objetivarse el mismo incluyendo el morir sin dolor físico ni psíquico innecesario, con conocimiento de la situación, con la posibilidad de tomar decisiones o que se respeten las voluntades expresadas previamente, y en un entorno y ambiente acogedor y positivo.

A pesar de este glosario -que seguramente está condicionado-, se sigue insistiendo en que hay mucha subjetividad y opacidad en los términos, ya que se les llena de contenido según de dónde se parta y provenga.²⁴ De todas formas, los términos postulados por la Organización Médica Colegial son las de mayor aceptación en el ámbito de las profesiones sanitarias.

²⁴ Cf. V. Méndez, Sobre Morir, págs. 10, 20,21, 21-25.

CAPÍTULO IV

SÍNTESIS DE LAS DIFERENTES POSICIONES

“No daré ninguna droga letal...”
“Quiero morir cuando decline el día, el alta mar y con la cara al cielo...”

Hay que reconocer que cualquier decisión que atañe al final de la vida de los seres humanos deviene en diferentes y complejas situaciones y dilemas decisorios en el propio paciente y en los profesionales de diferentes ámbitos relacionados con ella. Así, se suelen ver implicados médicos, profesionales del derecho, bioeticistas, legisladores, gestores hospitalarios, religiosos, y otros.

Y ello porque -por un lado- los pacientes han asumido una conciencia de que tienen derechos en cuanto a su salud y su vida e intentan reivindicarlos en lo referido a su calidad de vida y su calidad de muerte, y -por otro- las armas de la medicina y la llamada biotecnología que han irrumpido en el mantenimiento de la existencia a través de un amplio arsenal terapéutico que incluye la colaboración de diferentes medios técnicos o tecnológicos. Esto hace que se produzca -o, al menos, se pueda producir- un enfrentamiento o colisión entre los derechos y deberes individuales para morir con dignidad, y los derechos y deberes de los profesionales de la salud, y otros

Esto se ha hecho patente en los diferentes casos personales mencionados anteriormente (v.g. *supra*, págs. 5-7), las diferentes legislaciones emergentes respecto a la eutanasia (como los cercanos casos holandés, belga, suizo, francés, y otros más lejanos), y las reclamaciones existentes en nuestros días en el estado español (entre otros, el Observatorio de Bioética y Derecho, el Instituto Borja de Bioética y el Comité consultivo de Bioética de Catalunya). A esto se le añaden o superponen las diferentes reclamaciones y manifiestos de las Asociaciones sobre el Derecho a Morir Dignamente, que incluyen los diferentes documentos de voluntades anticipadas o instrucciones previas o testamentos vitales, vengan de donde vengan (DMD, Conferencia Episcopal, Hospitales, Departamentos de Salud, y otros), y su registro y posibilidad de aplicación²⁵.

Debería ser muy relevante aquí insistir en que el concepto de eutanasia tiene que ver con la acción u omisión directa e intencionada encaminada a provocar la muerte de una persona que padece una enfermedad avanzada o terminal.²⁶ Pero es obvio que, aún en esa formulación, aparecen dilemas nada fáciles de resolver. Por ejemplo: ¿es la eutanasia una forma de dignificar el morir? ¿Podría ser aceptable el suicidio médicamente -o no- asistido? ¿Existen límites en la autonomía personal del paciente? ¿Qué grado de validez y/o limitaciones tienen los testamentos vitales? ¿Es

²⁵ Interesante resaltar bibliográficamente el artículo 20 del nuevo Estatut de Catalunya: “*Derecho a vivir con dignidad el proceso de la muerte*”.

²⁶ Véase Organización Médica Colegial, “*Declaración sobre la atención médica al final de la vida*”, enero de 2002, entre otros.

suficientemente consistente el argumento del dolor para provocar la muerte a una persona Terminal? ¿Acaso los cuidados paliativos, y su tratamiento, no podrían ayudar? ¿Deberían despenalizarse las prácticas eutanásicas de los médicos? ¿Y las prácticas relacionadas con el suicidio asistido? ¿Qué pasa con los pacientes incompetentes, niños, dementes, psiquiátricos, disminuidos? ¿Y de los que no se conocen su voluntad al respecto?

Hay que reconocer que todo lo anterior suscita debates fundamentales y de fondo en diferentes disciplinas y aspectos: éticos, filosóficos, morales, sociales, médicos, legales, y otros.

Así que, y resumiendo, podrían sumarse las actitudes básicas y generales ante la eutanasia en dos, aunque algunos tiendan a proponer tres,²⁷ siendo conscientes de que ninguna persona o institución es monolítica en su pensamiento, y dentro de las dos vías hay diferencias e -incluso- divergencias.

Inviolabilidad y la santidad de la vida

En nuestro contexto, se encuentran bajo esta opinión sectores sanitarios, políticos, filosóficos y religiosos -entre otros- que podrían ser adjetivados de “conservadores”²⁸. Podrían resumirse sus argumentos en los siguientes enunciados:²⁹

*El fin del médico es sanar y proteger la vida humana. Los médicos son culpables de una grave infracción deontológica si se niega a prestar a un moribundo una asistencia médica competente y, sobre todo, si se arroga el poder desorbitado de destruir voluntariamente una vida humana.

*Las decisiones autónomas de los pacientes tienen límites legales, éticos y morales. Bajo la cuestión de la eutanasia late un debate intelectual y filosófico.

*El coste psíquico, económico y social relacionados con algunos pacientes terminales no es razón suficiente para practicar conductas eutanásicas.

²⁷ Por ejemplo, S. Urraca, *Eutanasia Hoy. Un debate abierto*, págs.31-39. (se piensa que -según los enunciados- la tercera se solapa con la primera)

²⁸ No se va a entrar a debatir los conceptos “conservador” y “progresista”: sólo se mencionan de forma limitada al uso general.

²⁹ Entre otros, Congregación Episcopal para la Doctrina de la FE, “*Declaración sobre la eutanasia*”, mayo de 1980. Comité Episcopal para la Defensa de la Vida, “*La Eutanasia*”, 1993. Alianza Evangélica Española, “*Los Evangélicos y la Vida: declaración final*”, diciembre de 2000. Comisión central de Deontología, “*Declaración de la CCD de la OMC sobre eutanasia*”, 1986. Comité de Ética de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos, “*Declaración sobre la eutanasia*”, 2002 (se observa que en este debate, parece que los paliativistas siempre dan y tienen la solución mediante el uso de paliativos; no parece que la cuestión sólo tenga que ver con el “dolor”). Associació Catalana d’Estudis de Bioètica, “*Razones al no a la eutanasia*”, www.aceb.org. Manuel Sureda, “*Aproximación al enfermo Terminal y a la muerte*”, www.aceb.org. En esta web pueden encontrarse diferentes artículos referidos a argumentar esta postura; v.g.. ACEB, “*Vientos holandeses*”, “*Médicos matan a un enfermo de Alzheimer*”, “*La eutanasia no resuelve el problema sino que destruye al que lo tiene*”. Israel Espinoza, “*Es la eutanasia la solución de nuestro tiempo?*” www.bioetica-debat.org. Víctor Méndez, *Sobre Morir*, págs. 69 ss. Diario Médico, mediariomedico.com, “*Informe de la comisión de expertos de la Consejería de Sanidad de Madrid sobre el ‘caso Leganés’*”.

*El dolor y el sufrimiento insoportable no es argumento suficiente para practicar la eutanasia; lo que hay que hacer es humanizar la muerte, mediante el apoyo psicológico, espiritual y médico (cuidados paliativos).

*El concepto de “dignidad humana” no implica conductas conducentes a la práctica de la eutanasia, sino todo lo contrario. Y esto, por el concepto del valor de la vida.

*La práctica de la eutanasia conlleva un riesgo para los más débiles -así como indefensión e inseguridad- distorsionando la confianza del enfermo hacia el sistema sanitario.

*El argumento de la “pendiente resbaladiza” que deduce que una vez legalizada la eutanasia podrían practicarse acciones eutanásicas a personas inconscientes y/o incapaces de expresar su aplicación.³⁰

*Hay casos en los que después de situaciones clínicas complejas (e.g. estados vegetativos producidos por coma) se puede salir de ellas.³¹

*Se puede aceptar en la praxis médica las prácticas de doble efecto y/o la no aplicación o renuencia a tratamientos desproporcionados.

*La Constitución y la legislación vigente en España garantiza el derecho a la vida pero no el derecho a la muerte.

Calidad de vida y libre disponibilidad de la misma

En nuestro contexto, se encuentran en esta posición sectores sanitarios, políticos, filosóficos, jurídicos y religiosos³² -entre otros- que podrían ser adjetivados de “progresistas”. Podrían resumirse sus argumentos en los siguientes enunciados.

*Los derechos fundamentales de la persona, autonomía, dignidad, libertad y otros, permiten la libre disposición de la vida en su final.

*La voluntad y decisión de los pacientes debe ser considerado un principio fundamental para la eutanasia y el suicidio asistido.

*El coste y la carga social debe ser tomado en cuenta en la disciplina de la eutanasia libremente aceptada; el principio de justicia es reivindicado.³³

³⁰ Se utilizan diferentes interpretaciones del llamado Informe Remmelink, en cuanto a la práctica de la eutanasia en Holanda y sus consecuencias

³¹ Idoia Noain, “*El sueño más largo*”, El Periódico de Catalunya, 8 de julio de 2006, pág. 39. Se relata el caso de Ferry Wallis, de 42 años, que se está recuperando después de pasar 19 años en coma; sus médicos dicen que su cerebro está construyendo nuevas conexiones neurológicas.

³² Hans Küng y Walter Jens, *Morir con Dignidad*, 1995. Iglesia Anglicana, Comisión de Estudio sobre la Eutanasia, METRO, 13 de noviembre de 2006. Asociación Derecho a Morir Dignamente. Observatori de Bioètica i Dret.Comitè Consultiu de Bioètica de Catalunya. VVAA, “*Euthanasia an other end-of-life decisions in the Netherlands in 1990, 1995, and 2001*”, The Lancet, junio de 2003. V. Méndez, *Sobre Morir*, págs. 51ss.

*El dolor y el sufrimiento físico y psíquico de un paciente Terminal debe ser tenido en cuenta y es argumento para que un paciente pueda solicitar la eutanasia y/o el suicidio asistido. Los cuidados paliativos no lo resuelven todo..

*El afrontamiento de la muerte desde la libertad del individuo a decidir cuándo y cómo finalizar su vida pertenece al ámbito de morir dignamente, y evitaría conflictos que no contribuyen a experimentar esa calidad vital.

*Cada vez más, el hecho de la eutanasia está siendo socialmente aceptado, y se ve reivindicado estadísticamente y evidenciado por los casos recientes (Sampedro, León, Echevarría).³⁴

*En un contexto legal y jurídico positivos³⁵, las prácticas eutanásicas garantizan la buena praxis médica en un sentido general. No es adecuado identificar la política eugenésica nazi con la voluntad de disponer de la propia vida.

*El encarnizamiento terapéutico es irracional, inhumano y un atentado contra la libertad (adulto que ha decidido) como contra la dignidad de la persona (incapacitados que no han decidido)³⁶.

*Los médicos que acepten las prácticas eutanásicas y/o de suicidio asistido deben realizarlas bajo determinados criterios, y deben estar legalmente protegidos.

*La Constitución y la legislación vigente en España debería ser revisada garantizando el derecho a la vida así como el derecho a morir con dignidad; ello evitaría la práctica clandestina de la eutanasia y el suicidio asistido, previniendo una “pendiente resbaladiza” en este sentido de clandestinidad.³⁷

³³ Agustí Sala, “La vida tiene ya un precio”, El Periódico de Catalunya, 13 de abril de 2006, pág. 26. Celeste López, “El coste medio de un ingreso en los hospitales públicos supera los 3.000 €”, La Vanguardia, 13 de junio de 2006, pág. 37; véanse otros estudios estadísticos con referencia al costo de un enfermo terminal en UCI u otros ámbitos hospitalarios

³⁴ Véanse diferentes datos estadísticos referidos a España, Bélgica y otros, del 2006, en ADMD, www.eutanasia.ws. También, Instituto de la Juventud, mencionado por El País, “Tres de cada cuatro jóvenes apoyan la eutanasia”, 5 de agosto de 2006. 20Minutos afirma que el 77% de la población legalizaría la eutanasia, 24 de octubre de 2006.

³⁵ Ver cuestiones relativas al Informe Rimmelinck. Van der Masas y otros, “*Eutanasia an other medical decisions concerning the end of life*”, The Lancet, september 1991. H. Kuhse y P. Singer, “*From the editors*”, Bioethics, October, 1992. GK. Kimsma y E. Van Leeuwen, “*Dutch euthanasia: background, practice, and present justifications*”, Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics, 1993. PJ Van der Maas y otros, “*The Rimmelinck study. Two years later*”, Hastings Center, november-december, 1993. R. Cohen-Almagor, “*The guidelines for euthanasia in the Netherlands: reflections on Dutch perspectives*”, Ethical Perspectives 9, 2002.

³⁶ El caso Alba, y otros, es indigerible para el autor.

³⁷ Ernest Lluch, hablando de terrorismo, decía que “el derecho debe estar al servicio de las personas...”; se podría aplicar a estas cuestiones concernientes al final de la vida

Es obvio que es difícil y complicado el argumentar y reargumentar sobre cada una de estas dos tendencias principales en cuanto a la eutanasia y el suicidio asistido.

Los temas no son fáciles ya que cada ser humano tiene una visión y percepción particular de la existencia, de la vida, del dolor, del sufrimiento, de la ética, de las motivaciones, de los sentimientos, de las creencias y -hasta- del morir. Estas variables afectan, sin duda, en la toma de decisiones en cuanto al final de la vida. Además, por otro lado, las decisiones que los médicos puedan tomar sobre la eutanasia, los cuidados paliativos, la limitación terapéutica, presentan situaciones y cuestiones de extraordinaria delicadeza y complejidad.

El hecho de observar esas dos posiciones –mencionadas anteriormente–, tendencias, posturas generales al respecto, con las matizaciones pertinentes en cada una de ellas lo hacen obvio.

CAPÍTULO V

DIGNIDAD HUMANA Y CALIDAD DE VIDA

*“Todo tiene su tiempo... tiempo de nacer,
tiempo de morir...” (Eclesiastés 3:1,2)*

Dignidad humana

Sin duda, no resultaría exagerado afirmar que el concepto “dignidad” es uno de los más relevantes en el pensamiento ético, político y jurídico.³⁸

Y es que su delimitación filosófica representa una ardua tarea. Para empezar, resulta conflictivo y difícil conceptualizar qué es eso de “dignidad” humana, y las preguntas y respuestas son múltiples y diferentes. Por si fuera poco, “dignidad” suele relacionarse con los conceptos de “antropología”, “ética”, “persona”, entre otros, y -en este contexto- “bioética”.³⁹ Además, el término “dignidad” implica una variedad de significados ya que la misma palabra es polisémica y ha sido objeto de distintas, múltiples, y diversas interpretaciones.

Por otro lado, si hablamos de “dignidad de la persona”, la combinación de ambos sustantivos pone de manifiesto que aquello que se predica con un término valorativo (dignidad) presupone un sujeto que ha de ser afirmado como realidad ontológica (persona), lo que permite constatar que se puede enfocar reflexivamente sobre dichas expresiones desde dos caminos: el ontológico y el ético.⁴⁰ Eso podría llevar a dos situaciones antitéticas. Primera: ser “persona” equivale a ser “digno”; segunda: podría ser que -en determinadas ocasiones- se pudiera dejar de ser “persona” así como se pudiese perder las “dignidad”. Y, si es así, las repercusiones sobre el diálogo en referencia a la eutanasia se harían obvias para la reivindicación de la llamada “muerte digna” o “morir dignamente”.⁴¹

Y es que “morir con dignidad” también lleva a diferentes situaciones de ambigüedad. Según Elizari⁴² Hay seis maneras de comprender dicho concepto. Primero, no prolongar artificialmente la vida o rechazar el encarnizamiento terapéutico. En segundo lugar, recurrir a las terapias paliativas como exigencia de la dignidad.

Tercero, aliviar los sufrimientos de etiología diferente. Cuarto, exigir ser acompañados en los momentos más complejos y difíciles. En quinto lugar, favorecer la comprensión

³⁸ Véase F. Torralba, *Qué es la Dignidad Humana*, págs. 11 ss.. E. Bonete, *¿Libres para Morir?*, págs. 135 ss. M. Boladeras, *Bioética*, págs. 49 ss. CCBCat, *Informe Sobre la Eutanasia y la Ayuda al Suicidio*, págs. 101 ss.

³⁹ F. Torralba, *¿Qué es la Dignidad Humana*, págs. 25 ss.

⁴⁰ E. Bonete, *¿Libres para morir?*, pág. 137.

⁴¹ Véanse diferentes modelos de “dignidad” en Bonete, *Ibid.*, págs. 139 a 148.

⁴² F.J. Elizarii, “*Dignidad en el morir*”, *Moralía XXV*, 2002, págs. 410, 411, citado por Torralba, *Ibid.*, pág. 49. cf. *Bioética & Debat*, 39, enero-marzo, 2005, págs. 6,7.

y asunción de la muerte. Y en sexto, y último lugar, Permitir al paciente el poder acceder a una vivencia religiosa de la misma si lo desea.

Así que, como en tantos otros casos, el concepto dignidad y -por ende- dignamente es ambiguo y -seguro- subsisten en el prejuicios éticos, filosóficos, bioéticos, médicos, legales, previos.

Por lo tanto, sería útil vincular y relacionar el concepto de vida humana y persona⁴³ con los principios de autonomía, dignidad, inviolabilidad, igualdad,, que provienen campo del derecho que emanan de la modernidad y su concreción general en la Declaración Universal de Derechos Humanos⁴⁴ y también en la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos.⁴⁵

Resumiendo, y según R. Armengol -miembro del Comité Consultivo de Bioética de Catalunya- hay un acuerdo muy general para considerar que los derechos individuales son fundamentales e inalienables. A la luz de esos derechos, toda persona debe ser considerada igual libre, con capacidad de autogestionarse y disponer de su propia vida sin que nadie pueda obligarle a hacer las cosas de manera diferente a lo que ella ha decidido.⁴⁶

Calidad de vida

Con referencia al concepto “Calidad de vida”, reconocer que el ser humano requiere una serie de condiciones para poder desarrollar su vida como persona. Ha podido ir perfeccionando sus conocimientos y otros, que le facultado para dar solución a sus problemas. A la luz de los párrafos anteriores, la posibilidad de afirmación y reconocimiento de la dignidad humana se encuentra ligada a ciertos requisitos para la existencia. Por ello, algunos filósofos contemporáneos subrayan la importancia de esta consideración y han propuesto el concepto de “calidad de vida” para determinar las características que deben asociarse a la vida de las personas en el mundo actual.⁴⁷

Ahora bien, tan sólo hace treinta años esa expresión “calidad de vida” ni siquiera existía. Pero la preocupación actual por la misma se ha convertido en algo apremiante. Otra vez nos encontramos aquí con un concepto ambiguo y que puede ser enfocado desde diferentes posiciones. Según Rodríguez-Arias, hablar de calidad de vida equivale a introducirse en un terreno resbaladizo⁴⁸. ¿Qué es y en qué consiste la calidad de vida humana? ¿Y la mía...? ¿Y la de otros? ¿Quién puede decidir si la vida de alguien ha perdido valor? ¿Cómo podrá evaluarse la calidad de vida? Lo cierto es que no hay consenso acerca del carácter objetivo o subjetivo de la idea de “calidad de vida”. Y las posturas oscilan entre el subjetivismo absoluto y el objetivismo absoluto.

⁴³ M. Boladeras, *Bioética*, págs. 49-97.

⁴⁴ Organización de Naciones Unidas, 10 de diciembre de 1948.

⁴⁵ UNESCO, octubre de 2005.

⁴⁶ R. Armengol, “*Apunts sobre eutanasia i auxili al suïcidí*”, octubre de 2004. Véanse también, CCBCat, “*Informe sobre la eutanasia y la ayuda al suicidio*”, 2006, págs 107-109, y sus referencias a C.S. Nino, *Ética y Derechos Humanos. Un ensayo de fundamentación*, 1989, págs. 287-289. Sebastián Iribarren, “*¿Cuándo podremos elegir libremente?*”, El País, 19 de octubre de 2006. José A. Martín Pallín, “*Distrofia moral y ética*”, El Periódico de Catalunya, 3 de noviembre de 2006.

⁴⁷ M. Boladeras, *Ibid.*, págs. 117, 118.

⁴⁸ D. Rodríguez Arias, *Una Muerte Razonable*, págs. 54 ss.

Desde una vertiente puramente subjetiva, se entendería que la calidad de vida es una información a la que sólo puede llegarse desde la introspección y se identifica con la satisfacción personal, llegando a la conclusión que sería un dato puramente relativo. Desde una postura en la que la calidad de vida es una propiedad objetivamente constatable, se entendería que podría describirse mediante criterios objetivos compartidos por todos.; de ahí que hayan surgido diferentes instrumentos de medida que -de forma concreta- pueden ser capaces de medir la calidad de vida (ADL, HSI, DALE, SIP, QLI, MLS, APACHE, QLQ, QALY)⁴⁹

Estas escalas suelen combinar datos sobre la supervivencia y otros factores como el dolor, la movilidad, la independencia funcional, e -incluso- las creencias y fe de los pacientes. Y aunque puedan ser útiles para la organización y mejora de la asistencia sanitaria así como para comprender la complejidad de los factores funcionales necesarios para la vida humana, esa visión provee una consideración meramente externalista del ser humano y -difícilmente- puede dar idea completa y compleja del verdadero sentido de “calidad de vida humana”. Eso, sin entrar en quién debe realizar la evaluación (el paciente, el médico, observadores externos, todos...). Y es que, necesariamente, debe haber una síntesis entre lo objetivo y lo subjetivo; lo subjetivo-cualitativo; lo objetivo-cuantitativo. Las diferentes variables tendrán que ver no solamente con lo biológico de la persona sino también con lo biográfico de la misma.

Para acabar esta sección, se recurre a la definición descriptiva de la Declaración del Institut Borja de Biòtica, adscrito a la Universitat Ramon Llull de Barcelona.

*El concepto “calidad de vida” se refiere al conjunto de condiciones necesarias, tanto desde el punto de vista biofisiológico como social, que da lugar a una vida autónoma, es decir, capaz de realizar las funciones propias del ser humano. En la valoración de la calidad de vida de una persona influyen tanto factores internos como externos. La ausencia de este elemento debe ser un estímulo para que el sistema y las instituciones den respuesta a estas necesidades.*⁵⁰

⁴⁹ Véase descripción y esquema de los mismos en M. Boladeras, *Ibid.*, págs. 119-126. S.Urraca, *Eutanasia Hoy. Un debate abierto*, págs. 363 ss.

⁵⁰ Bioètica & Debat, n° 39, pág 7.

CAPÍTULO VI

EUTANASIA Y SUICIDIO ASISTIDO: UNA PROPUESTA INTUITIVA

*“Muere lentamente quien... ¡Vive hoy!
¡No te dejes morir lentamente...! Pablo Neruda*

Antes de entrar de lleno en el mello de este capítulo, sería útil mencionar algunos presupuestos. Por un lado, parece obvio -de nuevo- la gran cantidad de posicionamientos, comprensiones, disgresiones, en cuanto al término y al concepto de eutanasia. Aunque se observan marcadas tendencias, lo cierto es que -como cada situación y caso son y serán distintas- no se puede encontrar una casuística que lo resuelva todo.

Así que esto nos aboca a tomar una postura -se piensa que dialogal- con todo lo que se lleva detrás. El yo y sus circunstancias, que es y son los que van a permitir esa toma de posición, decidirá aunque esa propuesta sea -como casi todo en la vida- contingente.

Debido a lo anterior y en ese contexto, subrayar que los seres humanos estamos dotados de una facultad moral que guía nuestros juicios intuitivos sobre el bien y el mal, y para emitirlos (seamos o no creyentes). Como se dijo en la Introducción, los seres humanos estamos dotados de facultades psicológicas⁵¹ -como el lenguaje, las matemáticas y otras- y también estamos dotados de una facultad moral que guía nuestros juicios intuitivos sobre el bien y el mal.⁵² Por lo tanto, lo que fue bueno para nuestros antepasados puede no serlo hoy.⁵³ Pero las apreciaciones sobre el paisaje moral en transformación, no necesariamente tienen que proceder de la religión sino de la reflexión profunda sobre la humanidad y lo que se considera una vida apropiada.⁵⁴ A este respecto, pues, es importante conocer el conjunto de intuiciones morales que permitan reflexionar sobre ellas y aceptarlas, o no, para buscar otras más adecuadas. Y esto se puede -y se debe- hacer sin blasfemar ya que es la naturaleza humana y no la de Dios en quien se origina la moralidad.⁵⁵

Dicho esto, y asumiendo lo anterior, el esquema a seguir en el presente capítulo surge de la -una- intuición del autor, y lo fundamenta en un esquema basado y presentado en el relato del Génesis desde el que se podría formular una antropología,

⁵¹ No se puede entrar aquí en el debate sobre si los no dotados de algunas discapacidades pudieran implicar el ser o dejar de ser “persona” y/o “ser humano”.

⁵² Véase el magnífico artículo de M. Hauser y P. Singer, “¿Moralidad sin Dios?”, La Vanguardia, 11 de abril de 2006. También, Jonathan Dancy, “El intuicionismo”, Peter Singer, ed. Compendio de Ética, págs. 555-566, tomado de www.educa.rcanaria.es.

⁵³ Podrían ponerse muchísimos ejemplos, pero se prefiere que el lector lo haga.

⁵⁴ Véanse los diferentes posicionamientos filosófico-éticos-morales en su desarrollo histórico. P. Admiraal, en D.C. Thomasma y T. Kushner, ed. De la Vida a la Muerte, págs 227-235. También, en cuanto a “dignidad”, F. Torralba, ¿Qué es la Dignidad Humana?, págs. 59-84.

⁵⁵ Cf. Victoria Camps, La voluntad de Vivir, págs 201 ss.

intuitiva también, y no necesariamente teológica.⁵⁶ Y esto, porque el autor se confiesa cristiano y no puede eludir ese él y sus circunstancias y comprensiones en un asunto tan importante y trascendental como la vida y la muerte. Por lo tanto, es muy difícil renunciar a una intuición bioética cristiana, aunque no necesariamente base su discurso relativo a la eutanasia u otros en el concepto de “santidad de la vida”.⁵⁷

Es muy importante afirmar⁵⁸ que el hecho de que la teología tenga como objeto fundamental la hermenéutica de la palabra de Dios no significa que carezca de elemento racional ya que sólo es posible desarrollarla desde la razón -aunque no exclusivamente desde la sola razón, sino también de la pasión, la intuición y otros- a pesar de que el discurso teológico tenga dificultades de inculcación en una sociedad post-cristiana.⁵⁹

Por lo tanto, se discrepa aquí de diferentes autores que proponen que la “bioética sólo puede ser aconfesional o laica”⁶⁰ o de que la “dignidad, producto humano, no se basa en teología o trascendencia humana”⁶¹. Y esto, aún entendiendo y aceptando que -como se ha dicho- la moralidad y otros se originan en el mismo ser humano. De todas formas, y aún reconociendo también que el pensamiento religioso actual en prácticamente todas las confesiones cristianas -y otras religiones- van a remolque del pensamiento secular y laico, no es ello óbice para poder pensar, intuir, aportar, en el diálogo y el debate bioético contemporáneo.

Así pues, desde el relato del Génesis⁶² podría observarse lo siguiente.

La vida y la muerte. Es necesario reconocer que la muerte forma parte de la vida. Parece una perogrullada, pero la verdad es que no se está preparado para ella, ni queremos saber de ella⁶³. No se habla de la muerte, ya que es de mal presagio. Es mejor no pensar en ella, porque entristece. No es bueno hablarles a los niños de la muerte, y mucho menos que vivan la muerte de algún pariente desde la cercanía. Todavía hoy -en muchos ambientes y contextos- la muerte y el morir son asuntos proscritos y tabúes. ¡Mejor ni nombrarla...!

Ya que el nacer y el morir son las dos expresiones humanas más universales, hay que hablar de la muerte con naturalidad, con normalidad; ¡nos va en ello la vida...!

⁵⁶ No se va a entrar en la cuestión de la distinción “Dios” y “teología”, y el “theo-panteísmo” religioso -sea del tipo que sea- que intenta penetrar en la antropología y la autonomía del ser humano.

⁵⁷ Tal vez por ello, en el diálogo bioético más cercano a nuestros días se observa la renuencia de la presencia de teólogos, cuando la Bioética se nutrió de su pensamiento y participación en el inicio de la misma. Mencionado por F. Abel en el curso “Master en Bioética”, Instituto Borja de Bioética, 2006.

⁵⁸ Con F. Torralba, *Ibid.*, pág. 95.

⁵⁹ De la misma manera, tal vez lo que le falte al discurso teológico -casi siempre realizado desde el “No”, desde el Dogma, desde el autoritarismo, desde la verdad inmutable, desde el alejamiento, entre otros- es un cambio de método y de paradigma. Como ejemplo, véanse las aportaciones de diferentes teólogos contemporáneos y sus intentos. Véase, a modo de ejemplo y centrado en asuntos cristológicos, José A. Cuenca, *Cristología Actual y Filipenses 2:6-11*, pags. 23-89. Asimismo, José A. Cuenca, *Lenguajes y conceptos. Hacia una UEBE para comienzos del s. XXI*, págs. 1-7.

⁶⁰ Victoria Camps, *Ibid.* Pág. 207.

⁶¹ Javier Sábada, *Diccionario de Ética*, pág. 90.

⁶² El esquema va a ser “Yo”, “Yo-tú”, “Yo-nosotros”, “Yo-entorno ambiental”, obviando el “Yo-Él” en este momento por considerarlo -en principio- innecesario.

⁶³ Salvo excepciones. Según Schopenhauer, el conocimiento de la muerte y del dolor de la vida ha dado el impulso más fuerte a la reflexión filosófica y a las explicaciones metafísicas del mundo; si no fuera así, a nadie se le ocurriría cuestionarse por la vida. Citado por E. Bonete, *¿Libres para Morir?*, pág. 15.

Sólo los seres humanos tenemos conciencia de nuestra mortalidad entre todos los seres vivientes. Quien asume su muerte conscientemente vive de modo distinto; quien asume el momento de su muerte, tiene una actitud fundamental ante la vida.⁶⁴

Así, como gestionamos nuestra vida, deberíamos tener la oportunidad de gestionar nuestra muerte. Máxime, cuando ha pasado de ser una muerte “natural” a una muerte “médico-tecnológica”.⁶⁵

Este contexto es el que debe permitir hablar de eutanasia y suicidio asistido en el sentido que se les han dado en el presente trabajo, e introducirlo en los siguientes párrafos de este capítulo.

Eutanasia y “Yo”

Asumir y aceptar nuestra condición de mortales y vivir en conformidad con ella implica reconocer como inevitables esos momentos de la vida y admitir como propios esos sentimientos de pérdida. Es admitir la vulnerabilidad inherente del ser humano.

Y junto a esa asunción de vulnerabilidad se implícita y conlleva una antropología de la-mi libertad, la-mi autodeterminación, la-mi dignidad, de la-mi voluntad, de la-mi responsabilidad, de la-mi racionalidad, de la-mi emocionalidad, de la-mi calidad de vida, de los-mis derechos y deberes como persona en y ante la vida, de la-mi ética personal, de la capacidad interior de decidir quién soy yo y qué hacer conmigo mismo ante la muerte.

Eso afecta a la decisión sobre la disposición de la vida, la eutanasia y la actitud ante el auxilio al suicidio.

Aquí se ve involucrado uno de los principios bioéticos fundamentales: el principio de autonomía. Dicho principio afirma que los individuos deben ser tratados como agentes libres e independientes, cuya libertad debe ser respetada. Por lo tanto, ante cualquier situación médica relativa al caso, ese paciente -ese ser humano- debe ser correctamente informado de su situación clínica, dejando a la libertad de la persona la posibilidad de decidir sobre su propia vida. Se entiende que este es un principio jerárquico que está por encima de los demás, ya que los otros -entendidos positivamente- pueden coadyuvar a este.

Eutanasia y “Yo-tú”

Se entiende aquí esa relación “Yo-tú” en un contexto inmediato familiar, sea del tipo que sea, sin entrar en cuestiones como familia nuclear, ni cuestiones matrimoniales (hetero u homosexuales), ni cualquier otro estereotipo social.

Difícilmente puede encontrarse un ser humano absolutamente “solo”, aunque vivamos una sociedad occidental proclive a la soledad y aunque estemos más juntos y apiñados pero más solos. A pesar de ello, siempre -o casi siempre ya que, como en

⁶⁴ Hans Küng, *Morir con Dignidad*, 1997

⁶⁵ S. Miiles, “*Muerte personal y muerte médica*”, en D. Thomasma y T. Kushner, *De la Vida a la Muerte*, págs. 181-187.

todo, hay excepciones- hay algún “otro” al lado nuestro. Por ello, cuando se habla de “familia”, no necesariamente se quiere significar consanguinidad sino de relaciones afectivas significativas. Ese “otro”, ante la muerte del “Yo”, va a experimentar ansiedad, fragilidad emocional, rabia, culpa, introversión, y otros sentimientos interiores. Es complicado que una familia -“tú”- que tenga que vivir una enfermedad que lleve a la muerte de un ser cercano -del “yo”- salga impoluto de esa experiencia. Ese “tú” tendrá que prepararse para esa situación, habrá que convivir con ella, habrá que asumir la misma.

Es por ello que en esa relación “Yo-tú”, que exige tiempo para que exista, ese “Yo” haya podido compartir sus concepciones vitales ante la muerte. De esa forma, ese “tú” podrá involucrarse en el proceso de la misma y tener capacidad de decidir -si cabe- a la luz de los intereses de el “Yo” -que pueden ser multiformes y variables, desde lo emocional a lo pragmático, y puede cubrir un amplio abanico de intereses- sobre el “tú”.

Aquí pueden verse involucrados los principios bioéticos de autonomía, ya mencionado, y el de justicia -que será descrito después- en una perspectiva de relación “Yo-tú”.

Eutanasia y “Yo-nosotros-vosotros”

En este aspecto, el espectro abre. El “Yo” se encarna en una situación y realidad social. Somos seres gregarios, sociales, y vivimos en medio de una sociedad, sea esta del tipo que sea. Y en este lugar -para el asunto que nos corresponde- entran en juego otras personas que representan a diferentes disciplinas que inciden y pueden llegar a ser actoras en cuanto a mi posicionamiento ante la muerte. El médico, el filósofo, el bioeticista, el economista, el jurista, y otros, podrían participar y entrar en conflicto con el “Yo”.⁶⁶

Estos sectores sociales representados -“nosotros-vosotros”- deberían respetar las decisiones del “Yo” cuando este “Yo” está afrontando su hora final. Sea que la haya previsto previamente o -incluso- en dicho momento. Así, la sociedad debería proveer todos los medios positivos para morir como de la misma forma proveyó de todos los medios positivos para nacer.⁶⁷ A fin d...e cuentas, el que muere es el “Yo”, y éste debería estar por encima de cualquier paternalismo, sea médico, filosófico, legal, ético...

Aquí se verían involucrados los principios bioéticos de autonomía -otra vez-, y los de beneficencia, no-maleficencia y justicia. En cuanto al principio de beneficencia, que hunde sus raíces en el juramento hipocrático de la medicina tradicional, tiene que ver con el esfuerzo para realizar el bien que se pueda, y eso puede entrar en conflicto con el anterior.

⁶⁶ Véase algunos aspectos médicos mencionados por diferentes autores en distintos artículos editados por D.C. Thomsma y T. Kushner, *De la Vida a la Muerte*, págs. 188-280.

⁶⁷ El relato de C.K. Cassel, “*El suicidio asistido por el médico: ¿progreso o peligro?*”, en DC Thomsma y T Kushner, *Ibid.*, pág. 248, acerca de la experiencia de los tiwi, un pueblo nómada que no conoció la escritura, es muy interesante desde varios puntos de vista.

Con referencia al principio de no-maleficencia, sería el que impide dañar a la persona o ser humano. El uso de la biotecnología -al final- suele entrar en conflicto con el principio de autonomía. Bien usado, este principio de no-maleficencia no haría daño -sino todo lo contrario- a la persona que ha decidido ser autónomo en el momento de su vida.

En cuanto al principio de justicia, va relacionado con la distribución equitativa de los recursos. Dado los costos -de todo tipo- que acarrear los procesos de final de la vida, volver al principio de autonomía mediante el cuál el “Yo” ha decidido disponer de su vida, beneficiaría al resto de “nosotros-vosotros” social y económicamente hablando.

Eutanasia y “Yo-entorno”

El ser humano es -además de un ser personal, familiar y social- es un ser ambiental o ecológico. Vive, existe, en un medio biológico.

No hace falta insistir en la situación de crisis medioambiental por la que atraviesa el hombre y el planeta, no sólo en el presente sino en el futuro que está ahí si no hay cambios importantes. La contaminación del aire, la pérdida de la capa de ozono, el cambio climático, la emisión de CO₂, los pesticidas, la deforestación, los metales pesados y tóxicos, la erosión del suelo, la salinización, la contaminación del agua, la extinción de especies, la desigualdad económica y social, la diferencia norte-sur, los problemas demográficos, entre otros, está llevando a la degradación medioambiental y a la destrucción del hábitat.⁶⁸

Esta situación de la que “Yo” soy en parte responsable, afecta directamente al asunto que se está tratando en tanto que las cuestiones relativas al final de la vida están afectando también a nuestros recursos, ya que nuestro mundo occidental -contrariamente que en los países pobres- están consumiendo y utilizando una gran parte de los mismos en la asistencia sanitaria que pudiera ser insostenibles. Algunos autores hablan, incluso, de desenfreno inflacionista de la tecnología médica.⁶⁹

Por ello, otra vez el “Yo” debiera tener la capacidad de elegir la renuencia a la tecnología médica para prolongar la vida o -mejor- la muerte, máxime si el tratamiento prescrito resulta totalmente fútil tanto en las coordenadas de espacio-tiempo, y cantidad-calidad Y, por otro lado, tal vez la medicina debería buscar otros caminos y objetivos.

Aquí se verían involucrados, además del principio bioético de autonomía -¡cómo no...!- y, especialmente del de justicia. El reparto y puesta al alcance a todos los que tienen “derecho”, y derechos tienen todos ya que todos somos seres humanos, se ve aquí seriamente amenazado y en la práctica transgredido de forma injusta.

⁶⁸ Cf. La “*Declaración de Kyoto*”, y otras. También el video de Al Gore entre muchos otros. sobre la situación del ecosistema. La semana pasada en un programa divulgativo del c-33 de TVCat. ponía de manifiesto que consumimos en un segundo el crudo que la Tierra había generado en miles de años.

⁶⁹ Eric J. Cassel, “*La escoba del brujo: el desenfreno de la tecnología médica*”, en Thomasma y Kushner, *Ibid.* 196-209.

Dicho lo anterior, se pasa ahora a ofrecer algunos criterios ante la eutanasia y el suicidio asistido, que surgen como consecuencia o implicación de lo anteriormente escrito. Antes, vale la pena resaltar y mencionar -de nuevo- que se quiere decir por eutanasia y por suicidio asistido.

Por “eutanasia” se entiende toda acción u omisión de un médico u otro personal sanitario bajo su supervisión, que causa de forma directa la muerte de una persona que padece una enfermedad incurable. Por “suicidio asistido” se entiende la ayuda provista por un médico u otro personal bajo su supervisión a una persona enferma quien se causa la muerte, tanto si aquél se limita a aconsejar a prescribir el medio (ayuda indirecta) como si lo acompaña en el momento de realizarlo; en el caso de que no pueda hacerlo por limitaciones de carácter físico, se trata de cooperación necesaria (ayuda directa). Así pues:

*El ser humano adulto y competente tiene derecho a decidir sobre la disposición de la vida de manera libre.⁷⁰

*El principio de dignidad de la persona y el principio de autonomía y libertad de la misma permite la disponibilidad de la vida para morir dignamente.

*La voluntad de la persona para escoger con libertad los caminos a seguir en cuanto a las decisiones a tomar en cuanto al final de la vida es digna de respeto.

*La expresión de la voluntad de la persona en cuanto a sus decisiones tocante al final de la vida es necesaria y recomendable, aunque sea de manera verbal.

*Dicha expresión de la voluntad del ser humano queda establecida de manera clara y objetiva en una “Instrucción Previa” o “Testamento Vital” para los diferentes entes sociales implicados (médicos, juristas, bioeticistas, y otros)

*Asimismo, desde la autonomía de la persona éste tiene derecho a recibir una información clara y completa de su estado clínico, teniendo la oportunidad de consentir o rechazar cualquier tratamiento.

*La sociedad -en general- y los especialistas -en particular-, necesita romper con el tabú de la muerte y el espejismo de la inmortalidad, reconociendo y asumiendo con naturalidad que la muerte forma parte de la vida.

*El legislador ha de reconocer que la regulación actual del Código Penal en su artículo 143 es insuficiente, aunque garantice mecanismos adecuados que aseguren la claridad y transparencia de la actuación profesional⁷¹

*Se sugieren los siguientes criterios de actuación en situaciones médicas al final de la vida en casos de sujetos competentes:

⁷⁰ Los casos de incompetencia se dejan para ulterior reflexión.

⁷¹ No se ha podido entrar en temas de Derecho. Se remite a C. Rodríguez-Aguilera, “*El derecho a una muerte digna*”, en J. Gafo, ed., *La Eutanasia y el Arte de Morir*, págs. 95-111. También, diferentes artículos en S. Urraca, ed. *La Eutanasia Hoy. Un debate abierto*, págs. 205-269. CCBCat. [Informe sobre la Eutanasia y la Ayuda al Suicidio](#), págs. 119-130

-El paciente ha dejado constar de una manera clara y reiterativa su voluntad a través de un documento de voluntades anticipadas o -incluso- de forma verbal.

-El paciente ha sido informado de cuáles son las alternativas, diagnóstico, pronóstico, terapias, cuidados paliativos, u otros.

-El paciente sufre una enfermedad incurable y terminal, que produce un sufrimiento y un dolor, ya sea psíquico o físico, severo.

-Los familiares cercanos apoyan solidariamente las decisiones del paciente.

-El médico está convencido de que el paciente está en fase terminal irreversible, aún incluyendo un posible estado de afectación emocional.

-La relación y comunicación médico-paciente es clara, respetuosa, libre, de manera que aquél pueda tener un perfil diáfano de la situación, y que la petición es voluntaria, sin coacciones ni intereses.

-El médico consulta con un médico externo para confirmar todas las situaciones y circunstancias mencionadas.

-Un comité bioético refrenda las circunstancias y situaciones mencionadas, así como evalúa el procedimiento realizado.

-El proceso está medicalizado bajo control sanitario, asegurando que sea seguro, rápido e indoloro.

-Toda esta historia biográfica y clínica está documentada de forma clara y detallada, según los protocolos establecidos.

*El ciclo biológico, ecológico y ambiental de la vida y la existencia humana incluye la muerte.

Sin duda, para asumir todo lo anterior es necesario hacer pedagogía de la “vida” y de la “muerte” desde una destabuización de las mismas (“vida” y “muerte”), y desde todos los ámbitos educativos (familia, escuela, universidades, medios de comunicación social, y otros) y desde todas las disciplinas (filosofía, ética, ciencias, bioética, medicina, religión, y otros).⁷²

⁷² Veáse el “*Manifiesto*” de The World Federation of Right to Die Societies, Tokio 2004/Toronto 2006. www.worlddrttd.net.

Como se decía al comienzo del presente capítulo, toca -a la luz de la investigación realizada y el contexto dado- un posicionamiento claro, definido, convencido, referente al complejo dilema bioético acerca de la eutanasia y suicidio asistido. Dicho posicionamiento no pretende ser exclusivista ni definitivo. Y esto porque -por un lado- la exclusividad dogmática es muy difícil en estos asuntos, ya que tienen siempre una dimensión subjetiva muy importante. Y -por otro- todo es contingente, y puede que una toma de postura hoy llegue a devenir en otra en diferente momento, circunstancias y tiempo. Por lo tanto, sólo pretende ser una postura respetuosa y dialogal.

No obstante, y a día de hoy, el presente autor cree -intuitiva y argumentadamente- que la eutanasia y el suicidio asistido debiera ser una opción personal de cada individuo (adulto y responsable). A pesar de que el “Yo” no vive una vaciedad relacional sino que existe también en referencia, enfrente a, cabe, con un “Tú”, con un “Nosotros-Vosotros”, con un “Entorno Ambiental” -incluso con un “Él-Trascendente”-, tiene la libertad y autonomía para decidir acerca de y gestionar el último tramo del fin de su vida y existencia, con referencia a la eutanasia y el suicidio asistido -tal y como se han definido y descrito en el presente trabajo-, en sintonía con los criterios y/o pequeñas propuestas presentados en las páginas anteriores.

Para este autor, todos los principios de bioética consensuados -beneficencia, no-maleficencia, justicia- pueden tender, bien entendidos, a acentuar el papel principal del principio de autonomía de la persona, que le permite tomar decisiones de forma libre, racional, reflexiva, intuitiva, pasional, ponderada, contextual -no-tuteladas- en cuanto a su disposición de la vida o disponibilidad vital. No es cuestión de “no quiero vivir más igual a ‘no quiero vivir más... ¡¡¡así...!!!” (Diego Gracia); ni “se muere mal...cuando los que cuidan no están formados...cuando la muerte se deja a lo irracional, al miedo, a la soledad...” (Consejo de Europa). No. Es cuestión de que “Yo” decido implicarme -si quiero- en las decisiones tocante a mi muerte, que... ¡¡¡ es la *mía*...!!!

Por lo tanto -para finalizar-, y en la vertiente relativa al Derecho, la opción personal del autor estaría también en pro de -al menos- la despenalización de la eutanasia y de la ayuda al suicidio, en una situación en la que el sujeto ha dejado constancia de su voluntad en referencia al final de su existencia y su vida

CAPÍTULO VII

CONCLUSIÓN

Se acaba el presente trabajo por ahora aunque queda mucho camino por andar. Fundamentar es mencionar, hablar, dialogar, contradecir, argumentar, sensibilizar, y otros, acerca de la vida y de la muerte; especialmente de ésta, y entendida como parte de la vida que está ahí y hay que afrontar.

En el contexto y realidad española hay que aceptar la realidad de que -en muchas ocasiones- se muere mal y hay que hacer pedagogía de ello y de lo contrario: se puede morir bien. No vaya a ser que ante la inquietud social e incluso clamor social⁷³ existentes, pueda caerse en la peligrosa “pendiente resbaladiza” de la clandestinidad o la barbarie⁷⁴.

Seguramente, las personas que desean elegir positivamente en cuanto a la disponibilidad de su vida ante la muerte -sea mediante la eutanasia o mediante el suicidio asistido- no represente cuantitativamente un exceso, como pasa en los países donde la ley es vigente⁷⁵.

La clarificación legal y la transparencia práctica deben ser absolutamente diáfanas para no caer en situaciones complejas. Aunque -de todas formas- que no habrán respuestas definitivas para todos los casos y para todas las situaciones.

Bien, se ha repasado el estado de la cuestión acerca de la eutanasia y el suicidio asistido, observando casos concretos que han llevado a la palestra -tanto fuera como dentro de nuestras fronteras- este asunto.

Asimismo, se ha intentado enmarcar descriptivamente los términos al uso referidos al tema que nos ocupaba. Reconocer que los diferentes términos no tienen la misma significación para todos, sea porque se parta de una concepción concreta o se llegue a ella.

Por esta razón, se han resumido las dos posiciones o posturas fundamentales -existen también una multiplicidad de matizaciones en cada una de ellas-, haciendo evidente la discrepancia existente entre las mismas.

⁷³ Salvador Pániker, “¿Debe el Gobierno regular el derecho a la eutanasia?”, El País, 14 de mayo de 2006. Afirma que “tal y como lo manifiestan las encuestas, nuestra sociedad está madura para reconocer el derecho a la eutanasia voluntaria”.

⁷⁴ No se tiene documentación estadística, pero un ejemplo claro de barbarie es el de un anciano de 88 años que hace pocos días asesinó en Segorbe (Castellón) a su esposa de 82 que estaba en estado -según él- vegetal y en una situación insostenible. ELPÁIS.com, 24 de noviembre de 2006.

⁷⁵ Aunque, cuando la situación legal lo permite, la cifra va en aumento. En Bélgica se ha pasado de 17 eutanasias practicadas y declaradas por mes en 2002 a 31 por mes en el 2004/2005, y a 37 por mes en la primera parte del 2006. AFP, 10 de noviembre. Tomado de ADMD, “Noticias”. www.eutanasia.ws.

Para finalizar, se ha insistido en que el principio de autonomía y de autogestión personal de la vida es el principio jerárquico que permite la decisión personal en cuanto a la posibilidad de disponer de la vida en los momentos en los que se ha de responder a la realidad de la muerte, evento este que forma parte de la vida y la existencia. La relación del “Yo” consigo mismo y su voluntad de decidir y actuar, prima por encima de las otras relaciones -por muy importantes que sean- “Yo-tú”, “Yo-nosotros-vosotros”, “Yo-entorno”.

La muerte verdadera, plena, auténtica, no es sólo un nuevo acontecimiento biológico ajeno a nosotros mismos -salvo excepciones como la “muerte a traición”, y en muchos casos ni aún así- sino que es parte fundamental de nuestra biografía. Así que, como hay que personalizar la vida, se sugiere que también hay que personalizar la muerte.

BIBLIOGRAFIA

- Abel, F. Bioética: Orígenes, presente y futuro. Madrid: Fund. Mapfre-IBB, 2001
- Abel, F. Eutanasia y Distanasia. Barcelona: Labor Hospitalaria, 1979
- Abel, F. Eutanasia y Muerte Digna. Barcelona: Labro Hospitalaria, 1991
- AT Juan XXIII. “Bioética y Cristianismo”. Madrid: s.e., 2006
- Ariès, P. El Hombre ante la Muerte. Madrid: Taurus, 1984
- Ariès, P. Ensayo sobre la Muerte en Occidente. Barcelona: Argos Vergara, 2005
- Bonete, E. ¿Libres para Morir? Entorno a la Tánato-Ética. Bilbao: Desclée de Brouwer, 2004
- Boladeras, M. La Eutanasia y el Buen Morir. Madrid: Síntesis, 1998
- Busquet, X., Valverde, E. Apendre a Morir. Girona: Documenta Universitaria, 2005
- Camps, V. Una Vida de Calidad. Barcelona: Ares y Mares, 2001
- Camps, V. La Voluntad de Vivir. Barcelona: Ariel, 2005
- Cruz, A. Bioética Cristiana. Terrassa: CLIE, 1999
- Cuyás, M. Cuestiones de Bioética. Barcelona: IBB, 1997
- DMD. “II Jornadas Dret a Morir Dignament”. Barcelona: s.e., 2005
- DMD. “Testamento Vital. Guía de Autoliberación”. Barcelona: s.e., 2006
- Dworkin, G., Freg, R.G., Bok, S. La Eutanasia y el Auxilio Médico al Suicidio. Madrid: Cambridge University Press, 2000
- Engelhardt, H.T. Los Fundamentos de la Bioética. Barcelona: Paidós, 1995
- Fonnegra de Jaramillo, I. De cara a la Muerte. Barcelona: Andrés Bello, 2001
- Franquesa, F. Apendre a Morir.
- Gafo, J. Eutanasia y Ayuda al Suicidio. Bilbao: Desclée de Brouwer, 1999
- Gafo, J, (ed). Eutanasia y el Arte de Vivir. Madrid: UPCM, 1990
- Gafo, J. 10 Palabras Clave en Bioética. Estella: Verbo Divino, 1993

- Generalitat de Catalunya. Estatut de Catalunya. Barcelona: EADOP, 2006.
- Generalitat de Catalunya, CCBCat. Informe sobre la Eutanasia y el Suicidio Asistido. Barcelona: Proas Science, SA., 2006.
- Gracia, D., ed. Morir con Dignidad. Dilemas Éticos en el Final de la Vida. Madrid: Ciencias de la Salud, 1996
- Gracia, D. Como Arqueros al Blanco. Estudios de Bioética. Madrid: Triacastella, 2004
- Gracia, D. Fundamentos de Bioética. Madrid: Eudema, 1989
- Goffi, J.I. Penser l'Euthanasie. París : PUF, 2004
- Hasting Center. “Los Fines de la Medicina”. Barcelona: Fund. Grifols, 2005
- Institut Borja de Bioètica. “Declaració vers una posible despenalització de l'eutanasia”. Espulgues: URL, 2005
- Jonas, H. Técnica, Medicina y Ética. Barcelona: Paidós, 1997
- López Azpitarte, E. Ética y Vida: Desafíos Actuales. Madrid: Ed. Paulinas, 1990
- Méndez, V. Sobre Morir. Eutanasia, Derechos, Razones. Madrid: Trotta, 2002
- Minois, G. Histoire du Suicide. Paris: Fayard, 1995
- MSC. “Decisiones al final de la vida”. Madrid: CPJ, 1998
- Nozick, R. Anarquía, Estado y Utopía. Mexico: FCE, 1988
- OBD. “Documento sobre la disposición de la propia vida en determinados supuestos: Declaración sobre la Eutanasia”. Barcelona PCUB, 2003
- Rawls, J. Teoría de la Justicia. Mexico: FCE, 1978.
- Rodríguez-Arias, D. Una Muerte Razonable. Bilbao: Declée de Brouwer, 2005
- Singer, P. Repensar la Vida y la Muerte. Barcelona: Paidós, 1997
- Stuart Mill, J. Sobre la Libertad. Madrid: Alianza Ed.
- Terribas, N. “En torno a la Eutanasia” . Revista de Enfermería, 2005
- Terribas, N. “Las voluntades anticipadas y su problemática en la aplicación práctica”. En ‘Salud Pública y derecho Administrativo’. Consejo del Poder Judicial, 2004.
- Thomasma, D. y Kushner, T. (ed.) De la Vida a la Muerte. Ciencia y Bioética. Madrid: Cambridge University Press, 1999

- Tomás-Valiente, C. Posibilidades de Regulación de la Eutanasia Solicitada. Madrid: Fundación Alternativas, 2005
- Torralba, F. ¿Qué es la Dignidad Humana? Barcelona: Herder, 2005
- Torralba, F. Antropología del Cuidar Barcelona: Fund. Mapfre-IBB, 2003
- Urraca, S. Eutanasia, Hoy. Madrid: Noesis, 1995
- Verspieren, P. “Dignité, perte de dignité, déchéance. Le combat pour la dignité”. En *Leannec* 41, 1993
- Verspieren, P. Face à celui qui Meurt. Paris: Desclée de Brouwer, 1986.
- Vidal, Marciano. Eutanasia : Un Reto a la Conciencia. Madrid: San Pablo, 1994.
- VVAA. Ensayos de Bioética-3. Barcelona: Fund. MAPFRE-IBB, 2003.
- VVAA. “Los Evangélicos y la Vida. II Jornadas de Bioética: Declaración Final”. s.e., 2000
- VVAA. La Muerte, Dolor, Sufrimiento, y Eutanasia: Una Visión Cristiana. Barcelona, AEE, 1997
- VVAA. Diferentes artículos en prensa que se especificaran en su caso en las notas bibliográficas.