

# dmd

Asociación Derecho a Morir Dignamente

REVISTA  
núm. 78  
2018



Más **cerca**  
de una **ley**  
Homenaje a  
**Luis Montes**



*Atalouing*

# LA MUERTE DIGNA EN ESPAÑA

FUNDACIÓN DE DMD



1984

- Consentimiento Informado
- Derecho a rechazar tratamientos

1986

LEY GENERAL DE SANIDAD

- Desaparece la eutanasia pasiva: por rechazo de tratamiento
- Desaparece la eutanasia indirecta: por sedación paliativa

1995

CÓDIGO PENAL  
Art. 143.4 Atenúa las penas por eutanasia



"Soy una cabeza pegada a un cuerpo muerto"  
Ramón Sampredo

1998

Ley pionera en España sobre las voluntades anticipadas o testamento vital.

2000

Ley de Derechos y Autonomía del paciente de Cataluña

- Derecho a la información y a elegir entre opciones
- Derecho a rechazar tratamientos
- Derecho al testamento vital

2002

LEY DE AUTONOMÍA DEL PACIENTE

La Comunidad de Madrid acusa al servicio de urgencias del Hospital Severo Ochoa de Leganés de 400 homicidios (sedaciones con resultado de muerte)

2005

CASO LEGANÉS

"Necesito la mano que sostiene el vaso, [...] una mano que actúe según mi voluntad aún libre."  
Jorge León

2006



Pide "una inyección que le pare el corazón"

Madeleine Z



2007

"Me he dado cuenta de que la vida puede ser muy buena o muy mala según tengas o no salud"  
Daniel Mateo

2008



"Prepararé el potingue, lo tomaré y me tumbaré"  
Carlos Santos

2010

Ley Muerte Digna de Andalucía

"Cuando ya no puedes valerte por ti mismo no es una vida digna"  
Pedro Martínez



Carmen y Ramona

2011

Ley Muerte Digna de Navarra y Aragón



"Me consumo, pero no les parece suficiente."  
José Luis Sagüés

José Luis Sagüés

2014

"Reclamamos que retiren la alimentación artificial a nuestra hija y la dejen morir con dignidad"

Padres de Andrea (12 años)



2015

Ley Muerte Digna de Galicia, Baleares y Canarias



"Si la vida ha sido valiosa y buena ha de desembocar igualmente en una muerte digna, apacible y buena"  
Antonio Aramayona



Carlos Martínez



2016

Ley Muerte Digna de Euskadi

"Me indigna tener que morir en clandestinidad"  
José Antonio Arrabal



2017

Ley Muerte Digna de Madrid

El Parlamento por primera vez acepta debatir una ley de eutanasia

2018

# Un año para ser recordado

Nuestra historia particular de lucha por las libertades públicas recordará 2018 como el año en que, por fin, la representación de la soberanía popular abrió las puertas de las Cortes Generales a una demanda ciudadana claramente expresada desde mucho tiempo antes. Las 16 ocasiones en que, desde 1994, se presentaron a la consideración de las diputadas y diputados del Congreso proposiciones para despenalizar conductas eutanásicas, los dos grupos mayoritarios de la cámara, PP y PSOE, se opusieron conjuntamente a considerarlas siquiera. Fueron hechas por grupos progresistas, minoritarios, pero comprometidos con las aspiraciones abrumadoramente mayoritarias de la sociedad española al respecto.

No está exento de simbolismo el hecho de que la iniciativa que ha roto con el bloqueo impuesto por el bipartidismo viniera del Parlament de Catalunya y, precisamente, haciendo uso de la capacidad de iniciativa legislativa que el artículo 87.2 de la Constitución Española reconoce a las cámaras de representación autonómicas.

A día de hoy, dos iniciativas parlamentarias: la pionera del Parlament y la del Grupo Socialista que se sumó meses después, se están tramitando a la vez en la Comisión de Justicia del Congreso y, si la legislatura se sostiene el tiempo suficiente, podremos tener una ley que levante las penas de cárcel y reconozca el carácter altruista y benéfico de la ayuda, solicitada, para morir. Al menos cuando la situación de sufrimiento de quien lo solicita hace imposible, como sociedad, permanecer sordos a su demanda.

Por desgracia, 2018 será recordado también como el año en que murió una de las personas que más trabajó para lograr que el respeto a la dignidad individual alcance al periodo final de nuestras vidas. Luis Montes fue, sin duda, uno de esos escasos seres humanos que merecen el calificativo de imprescindibles. Dedicó toda su vida a luchar por la libertad y a evitar el sufrimiento.

Él no pudo ver la entrada en el Parlamento de las leyes por las que trabajó hasta su último aliento. No pudo escuchar las palabras de reconocimiento a su labor que se pronunciaron desde la tribuna del Congreso, pero su nombre ha quedado asociado para siempre a este primer paso hacia el reconocimiento legal del que él denominaba *un derecho para el siglo XXI*: la disponibilidad de la propia vida.

Luis Montes fue una persona modesta, casi tímida, que rehuía honores y alabanzas. Siempre consideró que hacer lo que debía no necesitaba más recompensa que la propia satisfacción por el deber cumplido. Aún a sabiendas de ello, no podíamos cerrar este año trascendente sin rendir homenaje a su memoria de la única forma que hubiera aceptado: exponiendo públicamente algunas de las razones y argumentos que explican por qué dedicó la etapa más fecunda de su vida a trabajar por una muerte digna para todos.

Una representación de amigos y amigas de Luis Montes, reducida en número pero grande en su calidad intelectual, han querido compartir argumentos con nuestras lectoras y lectores. Rinden así tributo personal y representan a la perfección a tantas y tantas personas, de toda condición, que reconocemos y agradecemos el papel trascendente que el compañero Luis Montes ha desempeñado en nuestra lucha por la libertad; en el morir, como en el vivir.

### 3 Libres hasta el final

Un punto de vista intempestivo sobre el derecho de todo ser humano a decidir poner fin a su vida



### 8 ¿Hay argumentos plausibles contra la eutanasia?

Luis Montes no era un optimista ingenuo, pero tenía una esperanza (fundada) en que las últimas elecciones generales (el actual Parlamento) iban a suponer por fin el reconocimiento del derecho a morir con dignidad, por el que tanto había luchado

### 13 Tomar en serio la autonomía

“La libertad al final de la vida y despenalización de la eutanasia”

### 16 El impulso ciudadano y judicial al derecho a morir

La sentencia del Tribunal Supremo de Canadá en el caso Carter abrió una nueva perspectiva al enfoque jurídico del derecho a morir según las propias convicciones, sin restricciones gratuitas por parte de los Estados

### 20 Cuando Hipócrates se enfrenta a la eutanasia

La posición oficial de la Organización Médica Colegial sigue anclada en una deontología caduca de origen religioso que no es compartida por la mayoría de médicos preguntados al respecto



### 24 Estimar la vida. Respetar la autonomía

Los obispos opinan de la eutanasia



### 27 El lugar de la eutanasia en una atención ética y de calidad

Además de respetar la autonomía de la persona enferma que la solicite, la legalización de la eutanasia tendrá un efecto beneficioso sobre la asistencia en la muerte clarificando el panorama de los cuidados

### 33 Eutanasia: libertad tutelada

Un avance insuficiente



### 38 Ayudar a morir es un verdadero acto médico

Doble llave al sepulcro de Hipócrates

Panorama internacional

### 42 Duros reveses para la ayuda médica a morir

El poder de la organización médica se impone mientras la voluntad popular, mayoritariamente a favor de la eutanasia, se muestra remisa a la hora de reclamar un cambio legislativo

### 44 Asociaciones médicas: ¿se resquebraja el monolitismo?

El poder fáctico de las organizaciones médicas empieza a ser cuestionado desde dentro por algunas voces críticas, todavía minoritarias, que ponen las decisiones sobre el final de vida en manos de la sociedad



Portada: “La mort digna”. Ilustración de Alba Domingo (www.albadomingo.com) para *La mort digna i Ilustrada*

Revista DMD ■ Editor: Asociación Federal Derecho a Morir Dignamente

Dirección: Puerta del Sol, 6, 3.º izda. 28013 Madrid ■ Tf. 91 369 17 46 ■ informacion@derechoamorrir.org ■ www.derechoamorrir.org

Redacción: Fernando Soler, Fernando Pedrós, Fernando Marín, Loren Arseguet, Joana Ràfols, Ascensión Cambrón,

Luis Javier Rodríguez, José Sarabia, Esther Díez, Pablo Soler, Borja Robert.

ISSN 2171-5947 ■ Depósito legal M-20421-2010



J.A. Arrabal tuvo que morir en soledad. Foto Bernardo Pérez. El País

## La raíz del problema

# Libres hasta el final

Un punto de vista intempestivo sobre el derecho de todo ser humano a decidir poner fin a su vida

Javier de Lucas\*

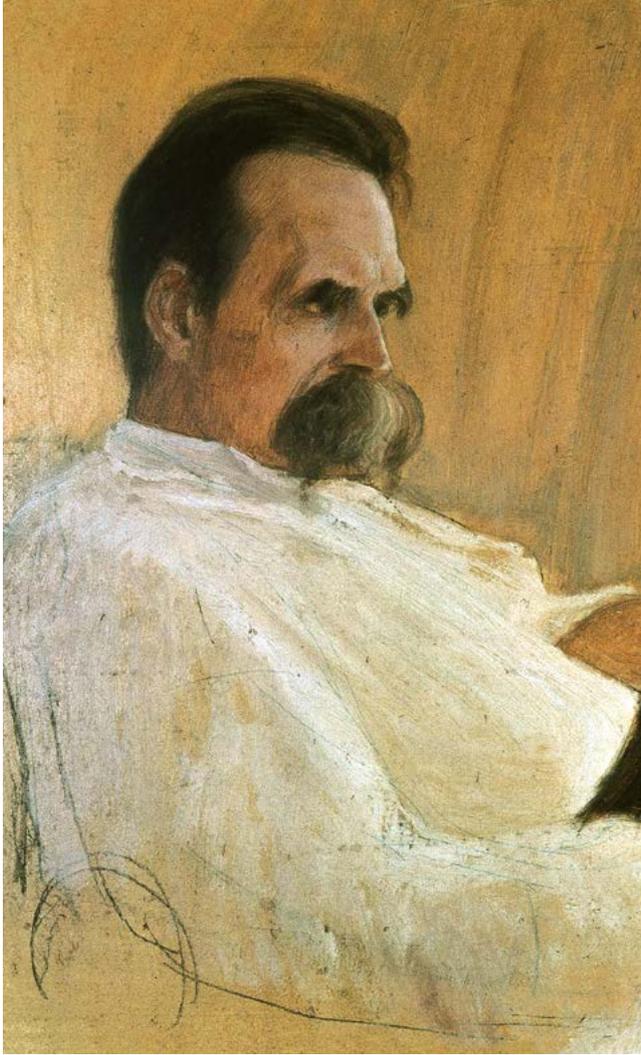
### Aún es intempestivo reivindicar el derecho a la propia muerte

Voy a proponer en lo que sigue algunas consideraciones, probablemente *intempestivas*, seguro que políticamente inoportunas, sobre lo que considero el debate radical que queda oculto tras la actual discusión en torno a la despenalización de determinadas prácticas eutanásicas y de suicidio asistido, e incluso sobre el pro-

yecto de ley del grupo parlamentario socialista que reconoce –¡por fin!– el derecho a la eutanasia.

Porque, sin negar los muy positivos avances que representan unas y otras, creo que no van a lo que a mi juicio es la raíz: **el derecho original de todo ser humano a decidir sobre aquello que es más importante, nuestra propia vida y su final**. Un derecho que por ahora es sólo, claro, una libertad (“no existe en la Constitución un derecho a morir”, nos recuerdan los ortodoxos juristas y políticos). Un derecho por cuyo reconocimiento pugnamos no pocos, y que corresponde a todos, se esté o no en algunos de los

\* Catedrático de Filosofía del Derecho y Filosofía Política. Universidad de Valencia.



Nietzsche en su lecho de enfermo. Hans Johann Wilhelm Olde.  
Art Resource/NY

supuestos “legalizados”, se pertenezca o no a alguno de los dos grupos de personas reconocidos en ese buen proyecto, esto es, enfermos en fase terminal; graves discapacitados permanentes. Sólo esos supuestos, en efecto, justifican reconocer como un derecho la decisión de poner fin (las más de las veces, de ayudar a poner fin) a la vida, de forma *dulce*, esto es, digna, que eso es la eutanasia. Un avance, desde luego, en la lucha por evitar tener que pasar por el sufrimiento y, menos aún, por la crueldad que supone la imposición *a toda costa* de su prolongación, algo a lo que intentan responder las diferentes modalidades de reconocimiento del derecho a los *cuidados paliativos*, la barrera en la que se detienen C’s y PP y también la iglesia católica.

Me atrevo a utilizar esa expresión nietzscheana, *Intempestivas*. Entre 1873 y 1876, publicó Nietzsche los volúmenes que componen sus *Unzeitgemässe Betrachtungen*, *Consideraciones intempestivas*, una feroz diatriba de la cultura oficial (alemana), guiadas por lo que él mismo considera el ‘proceder intempestivo’, esto es, “proceder en un sentido contrario al espíritu contemporáneo y, con ello, surgir un efecto sobre él y los tiempos futuros”. Lo intempestivo, como se ha escrito, busca “quebrar la temporalidad de lo actual como afirmación exitosa, como festejo de la realización del devenir de la historia”.

Pues bien, sin pretensión alguna de comparación con el genio y la ambición del filósofo alemán, lo que impulsa

estas líneas es ese objetivo: abandonar de una vez la autocomplacencia acerca del *triumfo* del espíritu civilizado de estas reformas. Ir a la raíz.

Hay mucho que decir sobre los diferentes proyectos presentados en esta legislatura y que inciden en los cuidados paliativos y el derecho a la eutanasia, desde la iniciativa legislativa de Unidos-Podemos en la que se estaban manifiestamente presentes las tesis de la Asociación DMD y del Grupo de Estudios de Política Criminal, un proyecto del que en buena medida es deudor el socialista, la del Parlament de Catalunya para la reforma del artículo 143.4 del Código Penal, o la de C’s sobre los cuidados paliativos, hasta llegar al escandaloso *plagio legislativo* en el que ha incurrido el PP al presentar su enmienda a la totalidad del proyecto impulsado por el Gobierno. Sobre todo ello, puede leerse el artículo de Victor Alonso Rocafort<sup>1</sup>. Admito que el proyecto de ley que reconoce el derecho a la eutanasia y que impulsa el Gobierno Sánchez es un avance muy positivo (aunque mejorable): ojalá se mejore en el trámite parlamentario y se apruebe.

Pero si escribo es para argumentar que incluso este proyecto de ley que reconoce el derecho a la eutanasia deja *filosóficamente* casi intacto el paternalismo que supone la sumisión de nuestra decisión sobre aquello que nos es más propio, la propia muerte, al control por parte de sabios, especialistas, clérigos y demás representantes de ‘la autoridad’.

### Tres tesis sobre la coherencia de este derecho *originario* con la lógica de los derechos, del estado de derecho y de la democracia

Frente a eso, creo que es hora de que reivindicemos coherentemente y de una vez el viejo ideal de autonomía, sin el cual, conceptos tan venerables como frecuentemente vacíos o redundantes tales como el de ‘dignidad humana’, son poco más que retórica que tantas veces se pone al servicio de decisiones que, de hecho, son incompatibles con esa dignidad. ¿Acaso no es la suprema indignidad tener que someterse a la decisión ajena sobre la única elección verdaderamente nuestra, la de la propia muerte?

Lo expondré a través de tres tesis que me parece están en consonancia con el argumento básico expuesto de forma concisa y brillante por Javier Pérez Royo en su artículo “derecho a la propia muerte”<sup>2</sup>. Esas tres tesis tratan de razonar que el desarrollo coherente de la cultura de los derechos humanos, del Estado de Derecho y de la idea misma de democracia, postulan el reconocimiento de este derecho básico.

**Primera tesis:** *el derecho al libre desarrollo de la personalidad, y con ello, la dignidad de la persona, es el funda-*

1 <https://cxtx.es/es/20170517/Firmas/12788/eutanasia-parlamento-Ciudadanos-PSOE-PP-Unidos-Podemos-Victor-Rocafort.htm>

2 [https://www.eldiario.es/zonacritica/Derecho-propia-muerte\\_6\\_826327376.html](https://www.eldiario.es/zonacritica/Derecho-propia-muerte_6_826327376.html)

mento del derecho a decidir sobre la propia muerte, que va más allá de la obvia libertad de elegir morir. Se trata de un derecho que debe ser reconocido como tal derecho humano de rango fundamental.

**Formulación negativa:** No hay un desarrollo pleno y coherente de la cultura de los derechos humanos, si no se incluye este derecho a decidir la propia muerte.

El primer argumento que, a mi juicio, justifica jurídicamente —quiero decir, constitucionalmente— la consideración del derecho a decidir sobre la propia muerte como derecho fundamental, es que se trata, probablemente, de la manifestación más relevante del libre desarrollo de la personalidad, proclamado en el artículo 10 como fundamento del orden político y de la paz social. Me remito a una tradición filosófica de larga data. Basta recordar el *dictum* de Sófocles: “quien sigue apegado a la vida en la desgracia,

---

## El derecho a decidir sobre la propia muerte debe ser reconocido como un derecho humano fundamental

o es un cobarde o es un estúpido”, que encuentra desarrollo en el estoicismo romano de los Séneca (“La cosa mejor que ha hecho la ley eterna es que, habiéndonos dado una sola entrada a la vida, nos ha procurado miles de salidas”, escribe en las *Epístolas morales a Lucilio*) o Marco Aurelio. En esa tradición es ineludible referirse al ensayo de Hume, *On Suicide* (1790), pasando por los argumentos de Schopenhauer (1891), “es

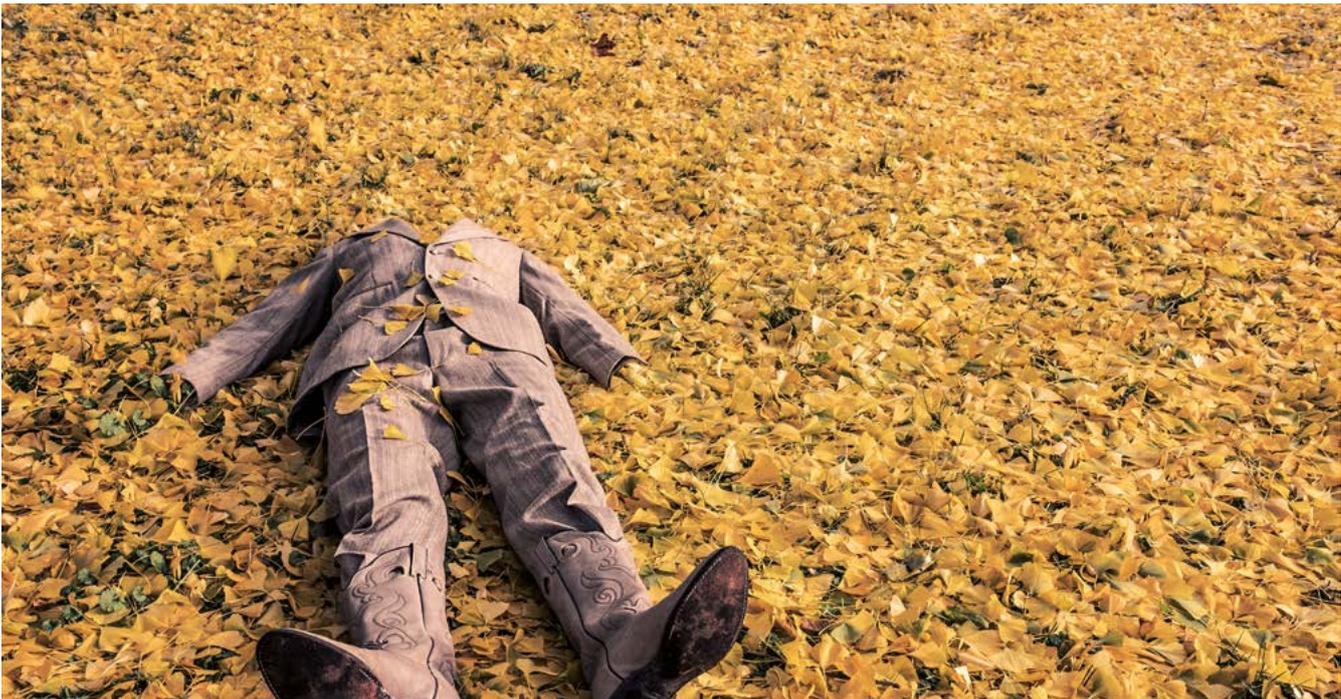
bastante obvio que no hay nada en el mundo para el que cada hombre tenga un título más irrefragable que su propia vida y persona”, la concepción de libertad y daño de J.S. Mill en *On Liberty* (1859), hasta llegar al planteamiento de Camus, que sostiene que la libertad no es tal si no lo es en el test, por sí decirlo, supremo: el del derecho a decidir (sí, el más genuino derecho a decidir, por así decirlo) sobre la propia vida, sobre su final. Decidir sobre las cuestiones que afectan de modo más relevante a mi propia vida, eso es la libertad, eso es la dignidad. Y entre esas cuestiones, ¿qué duda cabe que se encuentra la de la propia muerte?

Creo que desde el punto de vista filosófico-jurídico podemos vincular el fundamento de esas tesis con la noción misma de autonomía de la voluntad, que otros calificarían jurídicamente como el derecho a decidir sobre el propio plan de vida. Y es obvio que este es el fundamento deontológico de lo que denominamos derechos humanos. Pero eso exige dos precisiones.

La primera es algo que, por evidente, a veces queda oculto. Me refiero a lo que entre otros, ha señalado mi colega el profesor J.C Carbonell cuando critica a mi juicio con razón, una parte de la jurisprudencia constitucional sobre esta cuestión. En efecto, no tiene ninguna racionalidad **contraponer en bruto dos derechos como el derecho a la vida y el derecho a la muerte**. La muerte es un hecho inevitable: nuestra única certeza (puesto que

---

## No conviene convertir el derecho a la vida en un derecho absoluto





Séneca no eligió morir pero sí cómo hacerlo

sabemos que, al menos para algunos, es posible evitar el deber de pagar los impuestos, la otra presunta certeza). No hablamos del derecho a la muerte, y menos todavía de la apología del suicidio sin más. Hablamos del derecho a elegir la muerte digna, como último acto de libertad.

Y en segundo lugar, no conviene convertir el derecho a la vida (condición ontológica de los derechos, sí) en un derecho sagrado, absoluto o en un imperativo categórico, un deber absoluto y sagrado, indisponible: sólo quienes adopten una determinada posición trascendente (no la única) u holista pueden sostener que el dueño de ese derecho no es el propio sujeto, sino Dios, o la especie/grupo social/la sociedad, ante quienes tendríamos el deber de mantener la vida sin disponibilidad de nuestra parte. Ambas dos justificaciones son criticadas por Hume con toda claridad cuando escribe.

Pues bien, como han destacado notables juristas, una interpretación integradora de vida y libertad y, por tanto, una interpretación del artículo 15 a la luz del libre desarrollo de la personalidad, obliga a considerar que *la vida es un derecho, no un deber*. Es eso lo que nos explica Séneca cuando escribe “no se trata de huir de la vida, sino de saber dejarla”. Como reconoció la Sentencia del Tribunal Constitucional (TC) de 11 de abril de 1985, debe recordarse que la vida no es en ningún caso un imperativo incondicionado, porque como también ha recordado el TC, desde la más elemental consideración jurídica que fuera recordada por Kant, la noción de derechos –y la de deberes– absolutos es una contradicción en los términos, pues hace imposible la libertad individual, los derechos de los otros, el Derecho mismo.

Por supuesto que el elemento que justifica este enfoque en la perspectiva filosófico jurídica, como ya sugerí antes, es el argumento liberal de J S Mill en su muy relevante ensayo *On Liberty*, acerca de la justificación de la interferencia del poder, del Derecho, en el ámbito de la libertad individual. Como recordarán, no es otro que la noción de **daño**: pero no cualquier daño, sino un daño relevante y

mayor que el de la limitación de la libertad. Y la pregunta es ¿cuál es ese daño, o, para expresarnos en términos jurídicos, cual es el bien jurídico dañado –y más relevante que la libertad individual– a la hora de no reconocer la regulación de la eutanasia como derecho y aun penalizarla? Confieso que no lo encuentro: creo evidente que ni el daño indiscutible que puede ocasionar a terceros su pérdida, ni la pérdida de la vida como un bien indiscutible pueden justificar a mi juicio el daño que se ocasiona al bien jurídico deontológicamente prioritario que es la libertad individual (la vida lo es ontológicamente, pero no deontológicamente). Un daño peor que el daño a terceros, a la sociedad, a la vida.

Porque, insisto, hablamos de un derecho, y no de un deber que se impone como imperativo categórico ajeno a la voluntad del propio sujeto. Esa concepción puede justificarse desde determinadas visiones morales o religiosas, pero jurídicamente hablando es una manifestación de lo que los iusfilósofos denominamos *paternalismo no justificado*, por incompatible con la autonomía moral y jurídica individual.

**Segunda tesis:** *el derecho a decidir sobre la propia muerte es un derecho imprescindible desde la coherencia con la lógica del Estado de Derecho, con su lógico desarrollo, y con la noción garantista de la libertad que éste supone.*

**Formulación negativa:** *no hay Estado de Derecho pleno y coherente sin el derecho a decidir sobre la propia muerte.*

Si el Estado de Derecho tiene un fundamento, una línea roja que podemos descubrir como elemento de sentido que lo hace preferible es precisamente éste: el compromiso de reconocer a la persona como dueña de su destino y respetarla en lo que vale su dignidad. Porque, como asegura el propio texto constitucional, sin dignidad de la persona, el Estado de Derecho carece de sentido.

Vuelvo a recordarlo: cuando nuestra Constitución define qué tipo de Estado y qué orden social institucionali-

za, cuando quiere formular su núcleo, su fundamento, lo hace de forma inequívoca en su artículo 10: el libre desarrollo de la personalidad, es el fundamento del orden político y de la paz social.

El Estado de Derecho surge precisamente para proteger la libertad individual, radical y deontológicamente superior, previa, a la acción de poder al que sólo le otorgamos competencias limitativas de la libertad cuando se cumple, como también he recordado, la limitación formulada por ese paradigmático liberal que fue Mill. Prohibir esta manifestación de libertad, cuando hablamos de la elección libre de lo que uno considera muerte digna, es un abuso de poder, precisamente el mal frente al que se alzan el concepto y la arquitectura institucional del Estado de Derecho.

Eso es, por cierto, lo que me parece criticable en el indiscutible paso positivo que supone el proyecto de ley de eutanasia que impulsa el grupo parlamentario socialista. Para el ejercicio del derecho a la eutanasia que, insisto, no es el derecho por el que abogo en estas páginas, el proyecto de ley, incurriendo a mi juicio en un exceso de precaución que revela un fondo paternalista, establece la supeditación de la decisión al juicio *apriorístico* de una Comisión, a la que se atribuye competencia para decidir sobre un concepto plausible en principio, pero que me parece peligrosamente próximo a los conceptos jurídicos indeterminados, de tanto riesgo cuando hablamos de garantías de los derechos humanos, como es el de “valores vitales” (“conjunto de convicciones y creencias de una persona que dan sentido a su vida y que sustentan sus decisiones y preferencias en los procesos de enfermedad y muerte”), recogido en el apartado 8 del artículo 3. No discuto la oportunidad de una Comisión de control y evaluación, pero creo que su función debe ser la de mera fedataria de la concurrencia de los requisitos que la ley disponga para el reconocimiento del ejercicio de este derecho.

**Tercera tesis:** *el derecho a decidir sobre la propia muerte es un derecho imprescindible si hablamos de lógica propia de la legitimidad democrática.*

**Formulación negativa:** *no hay democracia plena y coherente sin este derecho.*

La democracia es sobre todo democratización de la política: esto es, igualdad en las libertades que, ante todo, son libertades individuales. La democracia parte de considerar que el sujeto del poder es el pueblo, esto es, todos y cada uno de los ciudadanos en condiciones de igual libertad. Y la democracia es el antídoto del discurso del miedo y de la minoría de edad. Las razones de la eutanasia como derecho son las de la libertad igual, la de ausencia de minoría de edad o tutelaje, las del respeto a la irreductible digni-

dad de cada uno de los ciudadanos. Aquí valen de nuevo las tesis de Mill y las de Hume: “es imposible que surjan en un pueblo las artes y las ciencias que nos liberan de la superstición si ese pueblo no cuenta con un gobierno que respete la libertad”.

En el fondo, la democracia es la lógica consecuencia política del ideal de emancipación, de autonomía, que, siguiendo las huellas de los estoicos y de los humanistas del Renacimiento (de Erasmo a Montaigne), propusieron los ilustrados –véase el *Qué es Ilustración*, de Kant–, aunque no se atrevieran a dar ese paso. La democracia es la respuesta al discurso político de la minoría de edad que hace de los seres humanos súbditos y no ciudadanos, el discurso del *miedo la ignorancia, la superstición y el engaño*, el discurso de la desigualdad del cerdo Napoleón en *Rebelión en la granja* (“todos los animales somos iguales pero unos somos más iguales que otros”), el discurso pa-

ternalista que justifica la mentira y el engaño al pueblo por su propio bien. Y no: no necesitamos guías ni padres, ni salvadores que nos impongan lo que debemos hacer. Tampoco –y lo digo desde el máximo respeto– filósofos, médicos o clérigos que decidan por mí sobre el final de mi vida.

Me gustaría explicarme bien, para que se me entienda: no digo que el ejercicio de este derecho deba quedar exento de regulación, en aras de las garantías. Sostengo lo contrario, porque no creo en derechos absolutos y porque soy consciente de los riesgos. Pero no acepto que este sea un derecho cuyo ejercicio sólo pueden reclamar enfermos terminales o personas gravemente discapacitadas: deben adoptarse todas las precauciones necesarias (por tanto, este no es un ‘derecho anómico’). Como todos, debe ser regulado para adoptar eficazmente las precauciones necesarias que eviten cualquier forma de abuso y debe disponer de la garantía última, que en Derecho es la decisión de un juez independiente sobre el ejercicio del derecho así regulado. Pero esas precauciones no pueden ser tales que supongan de hecho la supeditación de la libre voluntad a la voluntad de otros. Por eso, tampoco acepto que la última palabra sobre mi vida la tenga una comisión, por sabios y buenos que sean sus miembros.

No he ocultado que, con mejor o peor acierto, subyace a estas páginas el deslumbrante comienzo de “El mito de Sísifo” de Camus, donde leemos “No hay más que un problema filosófico verdaderamente serio y es el suicidio”. Y soy consciente, por tanto, de su complejidad. Más aún, desde luego, de la prudencia exigible a la hora de argumentar por el reconocimiento del derecho a la propia muerte. Ese ejercicio de la prudencia es el privilegio que nos otorga la razón, tal y como nos recuerda perennemente Marco Aurelio: **“una de las funciones más nobles de la razón consiste en saber si es o no, tiempo de irse de este mundo”**.

La oposición a la eutanasia

# ¿Hay argumentos plausibles **contra la eutanasia?**



Más pronto que tarde tendremos ley de eutanasia

Luis Montes no era un optimista ingenuo, pero tenía una esperanza (fundada) en que las últimas elecciones generales (el actual Parlamento) iban a suponer por fin el reconocimiento del derecho a morir con dignidad, por el que tanto había luchado



Manuel Atienza\* y Carmen Juanatey\*\*

## El avance imparable de la despenalización

**E**n el momento en el que escribimos este artículo, los periódicos publican informaciones con titulares como este: “El Congreso abre paso a la ley de eutanasia. La Cámara rechaza la enmienda popular a la totalidad por 210 votos frente a 134”; lo que hace pensar que, en fechas más o menos próximas, tendremos, efectivamente, una ley que autorice a que en determinadas circunstancias (no entremos en los detalles) se pueda ayudar a morir a alguien que desea terminar con su vida. La opinión pública parece también (cada vez más) favorable a la despenalización de las conductas eutanásicas (pasivas o activas; y excluyendo obviamente lo que a veces se llama “eutanasia involuntaria”). E incluso la Iglesia católica parece haber aceptado –como un hecho irremediable– que eso, la despenalización de la eutanasia, va a tener lugar en nuestro país más pronto que tarde. Hace algunos meses, el arzobispo de Toledo, en una de sus cartas semanales, y al tiempo que condenaba moralmente la eutanasia, entre otras cosas por considerar que la política que la fomenta “es una política capitalista...la sostengan políticos de centro, de izquierda o de derecha”, reconocía (se estaba refiriendo obviamente al proyecto de ley que ahora se está discutiendo en las Cortes) que la batalla cultural y política en contra de la eutanasia “está perdida, al menos, a corto y a medio plazo”.

## Analizar seriamente los argumentos serios

Pues bien, dado que las cosas son (o van a ser pronto) así, nos parece que quizás sea este un momento adecuado para tomarse en serio los argumentos que tanta gente y durante tanto tiempo han considerado que existen para oponerse a la eutanasia. Los autores de este artículo han defendido en varias ocasiones (por separado) la despenalización de la eutanasia pero, naturalmente, son conscientes de que la plasmación legislativa de una determinada tesis no puede ser el criterio de su corrección (en esto tiene razón el arzobispo de Toledo). Tomarse en serio los argumentos de la otra parte implica, por lo demás, no centrarse en las razones más débiles o en las que no pasan de ser simples falacias; por ejemplo, no creemos que merezca la pena prestar mayor atención a lo sucedido a propósito de la enmienda a la totalidad del PP: simplemente porque los cuidados paliativos no son una alter-

\* Catedrático de Filosofía del Derecho. Universidad de Alicante.

\*\* Catedrática de Derecho Penal. Universidad de Alicante.

nativa a la eutanasia (es obvio que cabe estar –como es nuestro caso– a favor de una cosa y de la otra), y porque la defensa de la eutanasia no supone que se esté en contra de la vida (como ocurre cuando alguien –suponemos que cualquiera– justifica que se pueda dar muerte a otro en situaciones de legítima defensa o de estado de necesidad). A donde nos lleva el tomar en serio a los otros (a los que piensan de otra forma) es, por el contrario, a buscar los mejores argumentos que pudieran existir en contra de la legalización de la eutanasia, para ver si pueden considerarse o no como correctos: en todo o en parte.

## John Finnis vs. Ronald Dworkin

Desde luego, la discusión sobre la eutanasia en los últimos tiempos ha dado lugar a una copiosísima bibliografía en la que se podría encontrar una gran variedad de posturas y de argumentos (en pro y en contra). Pero creemos que pocos discutirán (al menos, desde el mundo del Derecho) que los enemigos de la eutanasia son también defensores de lo que suele denominarse “Derecho natural”, y que el iusnaturalista más influyente (y más conspicuo) de las últimas décadas ha sido John Finnis; de manera que no puede parecer arbitrario que lo tomemos a él como el mejor representante de la postura anti-eutanasia. Finnis, un relevante filósofo católico que fue miembro de la Comisión Teológica Internacional de la Santa Sede, escribió en diversas ocasiones sobre (contra) la eutanasia, pero aquí vamos a referirnos únicamente a un trabajo suyo de 1998<sup>3</sup> dedicado, fundamentalmente, a oponerse a las tesis favorables a la legalización de la eutanasia de Ronald Dworkin: el paladín –o uno de los paladines– de lo que suele entenderse por “liberalismo político”, que en la jerga estadounidense viene a equivaler a lo que nosotros llamaríamos “socialismo” o “socialdemocracia”.

## Dworkin y el carácter sagrado de la vida

La defensa que llevó a cabo Dworkin de la eutanasia (también en una serie de trabajos, algunos de ellos muy conocidos<sup>4</sup>) no se basó en oponer el valor de la autonomía al de la vida y la dignidad, sino que lo que él hizo fue armonizarlos de la siguiente forma. Según Dworkin, la vida tiene un carácter que puede calificarse de “sagrado”, pero lo que da ese valor a la vida no son simplemente lo que llama los “intereses de experiencia”: lo que tiene valor porque lo encontramos placentero o excitante; sino, sobre todo, los “intereses críticos”: aquello que, si se satisface, hace que nuestras vidas sean genuinamente mejores. Los intereses críticos pueden ser de índole muy distinta, pero contienen un ingrediente de

idealidad y cierta exigencia de reflexión sobre la vida como un todo. Y, precisamente por ello, la única forma de respetar la santidad de la vida es transferir al individuo la decisión de cómo desea morir: “Hacer que alguien muera en una forma que otros aprueban, pero que él cree que es una contradicción horrorosa con su propia vida, constituye una devastadora y odiosa forma de tiranía” (p. 284).

## Valores y argumentos

En el artículo al que antes nos referíamos, Finnis ataca la posición de quienes sostienen que la eutanasia se basa en el derecho a la autonomía personal, pero no porque él piense que los valores de la vida y de la dignidad están por encima del de la autonomía, sino porque, cabría decir, la manera que él propone de articular (y, en parte, de entender) esos tres valores o principios es distinta a la de Dworkin. Y esa distinta forma de abordar el problema, por cierto, no deriva (al menos, no explícitamente) de algún postulado de tipo religioso; o sea, Finnis no recurre para nada al argumento, que podríamos calificar de teológico, de que la vida es un don

de Dios y, por lo tanto, el ser humano no tiene derecho a disponer de ella. Sus argumentos en contra de la legalización de la eutanasia apelan más bien a la experiencia y a las consecuencias. Nosotros creemos que se podrían reducir a los dos siguientes.

El primero hace referencia a las consecuencias que tendría (o que tiene: él habla teniendo muy en cuenta la experiencia de la legalización en Holanda) re-

conocer ese supuesto “derecho a morir”. Finnis entiende que tanto la eutanasia propiamente dicha como el suicidio asistido suponen dar muerte (o ayudar a dar muerte) a un individuo de manera intencional, lo cual implica ir en contra de una de las pocas exigencias absolutas que impone la razonabilidad práctica. Define para ello de manera precisa (estricta) lo que debe entenderse por “intencionalidad”, de manera que, por ejemplo, no iría contra esa exigencia (el mandato absoluto de no realizar un acto que en sí mismo y de suyo daña un bien básico, como es la vida<sup>5</sup>) el médico que administra una cierta substancia al paciente para aliviar sus dolores, sabiendo que eso acortará su vida, siempre y cuando la muerte sea un efecto colateral o indirecto (sabe que ocurrirá, pero no lo ha hecho con esa intención).

## El argumento consecuencialista

Como es conocido, se trata de la tradicional “doctrina del doble efecto”, que ha sido criticada con cierta frecuencia apelando a que la distinción es meramente subjetiva y, por tanto, imposible de ser manejada sin incurrir en arbitrariedad, ya que su utilización favorece una forma de cinismo moral, de doble moral, etcétera. Pero a Finnis la distinción le parece esencial, cabría decir, por razones consecuencialis-

<sup>3</sup> John Finnis, “Euthanasia, Morality and Law”, en *Loyola of Los Angeles Law Review*, vol. 31, 1998.

<sup>4</sup> Nos referimos sobre todo a su libro *El dominio de la vida. Una discusión acerca del aborto, la eutanasia y la libertad individual*, Ariel, Barcelona, 1994 (la ed. inglesa es de 1993).

<sup>5</sup> Vid. John Finnis, *Ley natural y derechos naturales*, Abeledo-Perrot, Buenos Aires, 2000, p. 148-149.

Ronald Dworkin.  
La vida es sagrada  
porque nadie salvo uno mismo  
tiene jurisdicción sobre ella

---



tas. Si se produjera ese cambio en la legislación, cambiaría también la moral de los médicos y del personal sanitario, y todo ello tendría efectos muy perniciosos en los pacientes; o sea, al borrarse la línea que separa la acción de matar intencionalmente a alguien y la de actuar con la intención de curar, tratar, aliviar o paliar los sufrimientos de alguien (aunque ello acelere la muerte), los pacientes tendrían menos razones para confiar en los médicos (por ejemplo, a la hora de informarles sobre sus sufrimientos, ante el riesgo de que aquellos lo interpretasen como una petición de que se les de muerte); y algo parecido ocurriría con los familiares: “mucha gente encontraría que los más próximos y los más queridos son cada vez menos próximos y menos queridos” (p. 1134). Aun suponiendo –nos dice Finnis– que se tiene un derecho a decidir cuándo morir, lo que no cabe duda es de que existe también, y de manera más obvia, un derecho a decidir no morir (que a uno no lo maten). Y Finnis considera que la legalización de la eutanasia no permite “tomar en serio” este segundo derecho; el poder que en esa situación adquirirían los médicos y los familiares (la presión que eso supone para los pacientes) llevaría a muchos (los que en otra situación habrían ejercido el derecho a que no se les mate) a una situación que –usando las palabras de Dworkin– verdaderamente debería ser calificada como “una devastadora y odiosa forma de tiranía”. Si la eutanasia se legalizara, en suma, “el derecho a que *no* te maten quedaría catastróficamente anulado para mucha más gente en relación con los pocos cuyo supuesto derecho a morir se encuentra comprometido por la regulación actual” (p. 1138). Y quienes se verían más en riesgo serían los pobres, los ancianos, los miembros de grupos minoritarios o los que no tienen acceso a cuidados médicos.

## Diferentes visiones sobre la vida

El segundo argumento (vinculado al anterior) se refiere a la manera de entender la vida y la dignidad por parte de quienes defienden la legalización de la eutanasia; en particular, por Dworkin. Según Finnis, Dworkin parecería concebir la vida –y la moralidad– en términos próximos a los de Nietzsche; o sea, la propia vida es vista como “una narración de la que se es el autor, de manera que cuando se deja de estar al *mando* de la trama de la vida que a uno le queda –denunciada como vida meramente biológica– ella carece de valor si no es que es ‘indecente’ y despreciable” (p. 1140). Esa concepción le parece a Finnis radicalmente equivocada. Más allá de ese punto (cuando se pierde el control sobre la propia vida), pero también antes (en nuestros primeros años de existencia) “hay vida que es real, humana y personal, pero sin una historia de la que estar orgulloso o avergonzado” (p. 1141). La mayoría de la gente que pide la eutanasia en los hospitales “cambia de opinión y llega a valorar sus últimos meses o semanas de enfermedad, por mala que sea su situación” (p. 1142). Muchos de los que están en situación terminal no quieren saber nada de esa ética del autocontrol y de las realizaciones y encuentran “una más profunda, más humilde pero también más humana comprensión del valor de simplemente existir con lo que queda de lo que a uno se le dio” (p. 1143).

## Desacuerdo también sobre la dignidad

Y en cuanto a la dignidad, Finnis piensa que los partidarios de la eutanasia (Dworkin incluido) incurrir en una terrible confusión al pensar que quienes están en una situación

de extrema incapacidad (por ejemplo, en estado vegetativo irreversible) no serían ya personas, habrían perdido su dignidad humana. En opinión de Finnis, y siguiendo toda la tradición de respetar la radical igualdad humana, debemos juzgar y actuar sobre la base de que “las personas mantienen su radical dignidad hasta la muerte a través de todo el camino” (p. 1143). Y de ahí su última afirmación de que “Una sociedad justa no puede mantenerse, y la gente no puede ser tratada con la misma consideración y respeto a la que tiene derecho, si no nos agarramos con fuerza a la verdad —o, si se quiere, al axioma— de que ninguno de nosotros tiene derecho a actuar sobre la base de que la vida de otro carece de valor” (p. 1145).

## El abuso es posible, no obligado

Desde luego, no es cosa de entrar aquí a discutir con detalle los argumentos de Finnis, pero nos parece que hay, fundamentalmente, dos consideraciones que hacer a propósito de lo anterior.

La primera es que a Finnis se le puede dar la razón en cuanto a la existencia de ciertos riesgos que pueden derivarse de la legalización de la eutanasia. Pero lo que se sigue de ello es que, en efecto, la regulación (la despenalización) debe hacerse con todas las cautelas para que nadie se sienta “coaccionado” a tomar una decisión que realmente no desearía tomar y, por supuesto, para impedir que se dé muerte a (o se acorte la vida de) alguien en contra de su voluntad. Algo que, como es manifiesto, ningún defensor de la despenalización de la eutanasia pone en duda. Lo que ocurre es que Finnis parece afirmar algo más, a saber, que la despenalización de la eutanasia conduciría *necesariamente* a esa situación de abuso. Y esta sí que nos parece una afirmación gratuita y que, desde luego, la experiencia existente en los lugares en los que se ha producido ese cambio legislativo no avala en absoluto.

Y la segunda se refiere a lo que cabría considerar como la parte principalista (y principal) de su argumentación, o sea, la que descansa en los dos siguientes principios: 1) Nunca está justificado dar muerte intencionalmente (en el sentido que hemos visto de “intencional”) a otro. 2) La dignidad humana se posee intacta hasta el momento de la muerte (cualquiera que sea la situación de incapacidad en la que se esté) y, por eso, nadie puede actuar sobre la base de que la vida de otro carece de valor.

## La jurisdicción sobre uno mismo

Pues bien —y para decirlo de manera expeditiva—, el primero de esos principios no puede verse, en nuestra opinión, como un principio absoluto, sino que tiene una excepción constituida precisamente por los supuestos de eutanasia justificada: una situación de graves padecimientos y el consentimiento (explícito o —en el caso más complejo de eutanasia no voluntaria— presunto) del paciente. No hay, nos parece, ninguna razón que, dadas esas circunstancias, justifique poner a la vida por encima de la autonomía, como no sea una razón de tipo religioso. Y en cuanto al

segundo principio, creemos que es importante hacer esta aclaración: uno no puede actuar sobre la base de que la vida de otro carece de valor, *según nuestra propia concepción de la vida*; pero lo que sí cabe es actuar sobre la base de que la vida de otro carece de valor, *según la concepción que este último tiene de la vida* (y dadas determinadas circunstancias de carácter objetivo). En esto último es en lo que consiste la idea de Dworkin del carácter sagrado de la vida: es sagrado porque nadie, sino uno mismo tiene ahí jurisdicción. Y, de nuevo, pensar de otra manera nos parece que sólo puede hacerse desde la fe, esto es, si el carácter sagrado de la vida se entiende en términos religiosos: es sagrada porque nos ha sido dada por Dios.

## La Utopía de Tomás Moro

Para terminar. Hemos dicho antes que la crítica de Finnis a la despenalización de la eutanasia no apelaba explícitamente a ningún argumento de tipo religioso, pero hemos llegado a la conclusión de que su argumentación presupone, implícitamente, premisas religiosas. Con ello no queremos sugerir, sin embargo, que quienes tienen creencias religiosas estén de alguna manera abocados a mantener una posición contraria a la eutanasia. No tiene por qué ser así, y un ejemplo interesante de ello lo ofrece la famosa *Utopía* de Santo Tomás Moro. Esta importante figura del catolicismo (designado por el fundador del *Opus Dei* intercesor de las relaciones de la *Obra* con las autoridades civiles) escribió:

“A los que padecen algún mal incurable les consuelan haciéndoles compañía y conversando con ellos y proporcionándoles todo lo que conduzca a aliviar en lo posible su mal. Si éste no sólo es incurable, sino que aflige al enfermo con incansables sufrimientos, los sacerdotes y magistrados exhortan al paciente a que, puesto que ya no puede realizar ninguna cosa de provecho en la vida y es una molestia para los otros y para sí mismo, por el hecho de que sobreviva a su propia muerte, no debe alimentar por más tiempo la peste y la infección. Dado que la vida es un tormento para él, que no rechace morir [...]. Con la muerte no pondrá fin a nada bueno sino sólo a su propio tormento. Y como es ese el consejo de los sacerdotes, intérpretes de la voluntad de Dios, proceder así será obra piadosa y santa. Los que son persuadidos se dejan morir voluntariamente de inanición o se les libra de la vida durante el sueño sin que se den cuenta de ello. Este fin no se impone a nadie, y no dejan de prestarse los mayores cuidados a los que rehúsan hacerlo, mas honran a los que así abandonan la vida”<sup>6</sup>

Unas palabras que seguramente suscribiría en lo esencial (aunque sin asumir desde luego el rol de sacerdote-magistrado) un utopista de nuestros días: Luis Montes.

<sup>6</sup> Tomás Moro, *Utopía* (edición y traducción de P. Voltes, prólogo de F. Savater), Colección Austral, Madrid, 1999, p. 134-5. Sobre el tema puede verse Lucas Misseri, “Morir en Utopía: Tomás Moro y la eutanasia”, en E. Assalone y P. Bedin (compiladores), *Bios y Sociedad I*, Universidad Nacional de Mar del Plata, 2012, pp. 419-425.

# “La libertad al final de la vida y despenalización de la eutanasia”



La autora  
en la presentación  
de la ley del Parlament

## Tomar en serio la autonomía

Carmen Tomás-Valiente\*

*Intervención en la mesa redonda promovida por DMD-Catalunya “La libertad al final de la vida y la despenalización de la eutanasia”. Congreso de los Diputados. Mayo 2018:*

*“Creo que todos los que formamos parte de esta mesa compartimos las mismas dos sensaciones encontradas, en las que no quiero insistir pero que tampoco quiero dejar de mencionar: alegría y en mi caso también agradecimiento a DMD por permitirme el privilegio de estar hoy aquí en la presentación de esta propuesta, en un momento de impulso decisivo hacia un objetivo tan fundamental como el que nos convoca hoy; pero también emoción y el pesar más sincero por no poder compartir esta mañana con Luis Montes”.*

**M**e gustaría hacer hincapié en algunos aspectos de la evolución jurídico-penal del tratamiento de este tema, y en las insuficiencias del art. 143.4 CP cuya reforma se propone.

Nuestras sociedades, la española entre ellas, han ido avanzando inexorablemente hacia cotas de mayor reconocimiento de la autonomía individual de los ciudadanos en los aspectos más centrales de nuestra existencia, aquellos que más nos definen como personas: la elección de nuestra identidad y orientación sexual (que el Parlamento llevó hasta sus últimas consecuencias con el reconocimiento legal del matrimonio homosexual), los derechos reproductivos (con la aprobación en 2010 de la Ley de salud sexual y reproductiva), o la posibilidad de rechazar tratamientos médicos (incluso los salvadores) que además

\* Doctora en Derecho y Profesora de Derecho Penal en la Universitat de les Illes Balears.

---

## La sociedad española ha avanzado a mayor reconocimiento de la autonomía en los aspectos más centrales de nuestra existencia

En relación con esta última parcela de autonomía, es interesante destacar que el reconocimiento del derecho a rechazar tratamientos (ciertamente más tardío en España que en otros ordenamientos, como el norteamericano o muchos europeos) supuso ya una cierta ruptura de ese tabú de la absoluta indisponibilidad de la vida que parece subyacer al mantenimiento de la prohibición de las conductas eutanásicas; precisamente por eso encontró durante unos años resistencias notables en algunos profesionales y juzgados de guardia proclives a un entendimiento paternalista de la Medicina que les conducía a imponer o a autorizar la imposición, respectivamente, de tratamientos médicos coactivos en casos extremos. A nivel normativo, sin embargo, la cuestión es clara, y queda perfectamente ilustrada con el ejemplo del paciente que desea que se le retire un mecanismo de ventilación asistida, que no sólo puede solicitarlo, sino que tiene derecho a exigirlo como parte de su derecho fundamental a la integridad física. La paradoja es obvia: quien en una situación de, por ejemplo, parálisis absoluta, desea morir ya y tiene la “suerte” de vivir gracias a un respirador puede exigir como derecho que le sea retirado, de tal forma que lo que podría generar responsabilidad disciplinaria (o incluso penal) es el mantenimiento de ese tratamiento no deseado; en cambio, quien en la misma situación de postración no depende de ningún mecanismo de medicina intensiva no sólo no tiene reconocido derecho alguno a recibir ayuda para morir, sino que quien se atreva a prestársela comete un delito sancionado por el art. 143 del CP. Ciertamente, en el primer caso existe un factor (el respirador) catalogable como tratamiento médico invasivo que no concurre en el segundo; pero que situaciones en el fondo tan próximas desde el punto de vista de la autonomía individual den lugar a tratamientos jurídicos no sólo no coincidentes, sino diametralmente opuestos, resulta injusto y desproporcionado.

de encontrarse normativamente consagrada en la legislación ordinaria tanto estatal como autonómica que todos conocemos, es considerada como derecho fundamental por jurisprudencia ya consolidada del Tribunal Constitucional y por el Tribunal Europeo de Derechos Humanos (TEDH).

---

## El artículo 143 abrió algunos huecos de licitud pero tan confusos que por ellos entra la oscuridad y no la luz

La segunda idea que me gustaría comentar es que el artículo 143, aunque inadvertidamente para la opinión pública, y me atrevería a decir que también para muchos de los parlamentarios de 1995 cuyo voto sirvió para aprobar el Código, ya abrió tímida y confusamente la puerta a una despenalización de cierta ayuda a morir. Cabe recordar, en este sentido, que nuestro Código Penal reconoce, con carácter general, dos formas de participación en el comportamiento ajeno: la cooperación necesaria (la conducta sin la cual el autor de un hecho no hubiera podido llevarlo a cabo, y que precisamente por ello se equipara a efectos de pena con la del autor) y la complicidad (la ayuda efectiva pero no imprescindible, que recibe una pena menor a la del autor).

En el Código Penal anterior al vigente, cualquier ayuda al suicidio de otra persona, ya fuera en forma de cooperación necesaria o de complicidad, era sancionada como delictiva; en el art. 143 del CP aprobado en 1995, sin embargo, sólo se penalizó la cooperación necesaria al suicidio ajeno, pero no la complicidad, que desde entonces resulta impune. ¿Qué se quiso dejar fuera de sanción con esta novedad legislativa?, ¿y por qué? No hubo debate alguno sobre el tema.

Con ello se generó una confusa zona gris. Conductas como el mero consejo sobre qué medicación tomar o cómo combinarla son a día de hoy claramente impunes por constituir ayuda no necesaria, mera complicidad en el suicidio ajeno, no sancionada penalmente. Pero otros casos, más relevantes en la práctica, quedan en dicha zona gris. Por ejemplo, proporcionar un medicamento a un enfermo para que se quite la vida, ¿constituye complicidad impune o cooperación necesaria punible? En un contexto de extrema dificultad para obtener la medicación podría entenderse como cooperación necesaria punible, pero en un contexto como el actual, en el que cada vez es más sencillo comprar medicación potentísima por Internet, podríamos argumentar que se trata de complicidad, esto es, de una ayuda efectiva pero no imprescindible, al menos en los casos en los que el enfermo hubiera podido conseguir la medicación por sí mismo. Más allá de conclusiones concretas sobre la calificación de unos y otros ejemplos, lo que me interesa destacar es esto: que sin decirnos por qué ni aclarar en qué casos se estaba pensando, en el art. 143 ya existen huecos de licitud. Lo que ocurre es, obviamente, que como los huecos se abrieron de modo confuso, por ellos penetra más la oscuridad que la luz, de tal manera que ningún

---

## El derecho a rechazar tratamientos rompió el tabú de la indisponibilidad de la vida

profesional se arriesga a proporcionar abiertamente este tipo de ayuda, ante la inseguridad sobre cómo podría ser calificada su conducta.

Son varias las razones que pueden subyacer a un precepto prohibitivo de la ayuda a morir como es el vigente art. 143 CP. Desde luego resultan inadmisibles las fundamentaciones de corte religioso que en modo alguno pueden teñir el devenir de las políticas públicas. También es rechazable la fundamentación paternalista que pretende proteger a la persona de sí misma privándole de la ayuda para morir por considerar que la muerte es *per se* un mal, a pesar de que la sociedad esté de acuerdo en que en determinadas condiciones la muerte aparece mucho más como un bien deseable, que es perfectamente racional solicitar. Interesa mencionar, con todo, que el fundamento básico esgrimido en los debates parlamentarios previos a la aprobación del CP de 1995 por el grupo mayoritario que lo sustentó, el socialista, apuntó –como no podía ser de otro modo– al otro gran argumento contrario a la despenalización: la famosa pendiente resbaladiza, o el temor a no poder controlar los posibles riesgos de abuso derivados de una eventual despenalización. Pues bien, al respecto me gustaría mencionar dos consideraciones:

1) que el enfermo que rechaza un tratamiento es tan susceptible de ser presionado o manipulado como el enfermo que quiere adelantar su muerte, y ello no nos impide reconocer el derecho del primero como fundamental y exigir el respeto a su ejercicio. Por otra parte, si en este contexto no concebimos a los médicos como “sospechosos” de abusar o presionar a sus pacientes, ¿por qué se ha de generar esa sospecha en relación con las conductas activas?

2) la experiencia de los países europeos que han despenalizado no muestra en modo alguno la existencia de los tan temidos abusos. En este sentido resulta extremadamente interesante la sentencia del Tribunal Supremo de Canadá de 2015 que reconoce el derecho fundamental a decidir sobre la propia muerte (y que ha dado lugar a la aprobación en 2016 de la Ley canadiense de despenalización de la ayuda al suicidio y la eutanasia) este tribunal, que a pesar de atribuir un peso muy fuerte a la autonomía individual se había mostrado finalmente reacio (en una sentencia de finales de los 80) a obligar al legislador a despenalizar, precisamente sobre la base de la posibilidad de riesgos de abusos, revisa su postura en la sentencia de 2015, y lo hace atribuyendo importancia fundamental a la experiencia de Países Bajos y Bélgica. Si el argumento de la pendiente resbaladiza constituye la base desde la que limitar de manera tan gravosa la libertad individual a decidir sobre un aspecto tan central de nuestra existencia, hemos de disponer de alguna evidencia fáctica

que lo sustente: no puede persistir como un argumento mantenido de modo indefinido con alusiones vagas a peligros inciertos. Y cuanto mayor fuerza atribuimos al derecho constreñido (la autonomía) más claramente recae sobre los partidarios de limitarlo la carga de probar los argumentos para ello.

Pues bien, en un momento en el que ya podemos disponer de evidencias en uno u otro sentido, a partir de experiencias de países tan cercanos al nuestro como son tres integrantes de la Unión Europea, resulta inexcusable examinar seriamente este proceso –y así lo entendió el TS de Canadá en el análisis que acabo de mencionar–. La conclusión es clara: por el hecho de tener esta posibilidad, los médicos no se convierten en sospechosos de posibles asesinatos y cualquier despenalización de la eutanasia debe partir de la confianza en la profesión médica.

Parafraseando al filósofo Ronald Dworkin: si de verdad una sociedad se toma en serio la autonomía no tiene sentido mantener restringida una opción tan esencial que culmina nuestra existencia.



Una sortida. Ilustración de Marta Bellvehí. ([www.martabellvehi.com](http://www.martabellvehi.com))

A la memoria de Luis Montes

# El impulso ciudadano y judicial al derecho a morir

La sentencia del Tribunal Supremo de Canadá en el caso Carter abrió una nueva perspectiva al enfoque jurídico del derecho a morir según las propias convicciones, sin restricciones gratuitas por parte de los Estados

Miguel Ángel Presno Linera\*

## Un debate ciudadano rechazado en los tribunales

Como es bien conocido, Ramón Sampedro llevó a los tribunales su demanda de ayuda a morir con dignidad argumentando, entre otras cosas, que su propia circunstancia física le impedía poner fin a su vida si no contaba con el apoyo de otras personas. En su batalla jurídica, Ramón Sampedro acudió también al Tribunal Constitucional, que no llegó a pronunciarse sobre las pretensiones de Sampedro al entender que su fallecimiento durante la tramitación había generado la extinción de su recurso y no procedía la sucesión procesal en favor de su heredera, Manuela Sanles (Auto 242/1998, de 11 de noviembre). Tampoco fue admitida la demanda presentada por la señora Manuela Sanles (caso *Manuela*

*Sanles c. España*, de 26 octubre 2000) ante el Tribunal Europeo de Derechos Humanos (TEDH).

## El Tribunal Supremo de Canadá cambia su rumbo

Pues bien, justo lo contrario a lo que resolvió el Tribunal Constitucional español fue lo que decidió el Tribunal Supremo de Canadá (TSC) en el conocido asunto *Carter vs. Canada (Attorney General)*, de 6 de febrero de 2015, donde el proceso se mantuvo aunque hubieran fallecido las señoras Carter y Taylor, que lo habían promovido, pues se admitió la intervención procesal de los hijos de la señora Carter.

Mucho antes, el 30 de septiembre de 1993, ese mismo órgano jurisdiccional abordó por vez primer el debate sobre

\* Profesor Titular de Derecho Constitucional de la Universidad de Oviedo; presnolinera@gmail.com.

<sup>7</sup> Fiscalía General.



Sede del Tribunal Supremo canadiense

el derecho a la muerte digna en el caso *Sue Rodriguez vs. The Attorney General of Canada and the Attorney General of British Columbia*; entonces, los magistrados resolvieron, por 5 votos frente a 4, en contra de la petición de Sue Rodriguez, enferma de ELA, para que un médico le ayudara a poner fin a su vida, entendiendo que la previsión penal que sancionaba la ayuda al suicidio<sup>8</sup> no era incompatible con los derechos reconocidos en el ordenamiento canadiense y se enmarcaba en una larga historia reflejo de los valores imperantes en la sociedad; tampoco se consideró que esa sanción supusiera algún tipo de medida cruel o inhumana.

### El TSC no se escuda en la muerte de las reclamantes

El pronunciamiento del Tribunal Supremo canadiense en el caso *Carter* nos parece muy ilustrativo del conjunto de problemas que se presentan cuando nos enfrentamos a situaciones como las que padecían las señoras Kay Carter

y Gloria Taylor, que ya en 2009 solicitaron ayuda médica para morir ante el carácter incurable y doloroso, aunque no terminal en ese momento, de sus enfermedades, estenosis espinal en el primer caso y ELA en el segundo.

En primera instancia el órgano judicial consideró que la prohibición de asistencia física al suicidio de personas adultas capaces y con sufrimientos intolerables era inconstitucional pero el Tribunal de Apelaciones de la Columbia Británica, por mayoría, revocó la decisión acogiéndose al precedente del caso *Sue Rodriguez*.

Poco después, Kay Carter viajó a Suiza para beneficiarse de la legislación helvética en materia de suicidio asistido, y la señora Taylor falleció a causa de una infección. No obstante, los hijos de la señora Carter recurrieron la sentencia desfavorable y el Tribunal Supremo de Canadá aceptó su legitimación, considerando que a pesar del precedente que suponía la sentencia *Sue Rodriguez* el debate sobre la ayuda médica para morir seguía abierto en la sociedad canadiense: entre 1991 y 2010 se debatieron en el Parlamento seis proyectos de ley dirigidos a despenalizar la ayuda a morir. En 2011, la *Royal Society of Canada* publicó un informe recomendando la modificación del Código Penal para permitir la ayuda a morir en ciertas circunstancias y en un sentido similar se pronunció, en 2012, un Comité especial del Parlamento de Quebec.

<sup>8</sup> El artículo 14 del Código Penal disponía: "Ninguna persona tiene derecho a dar su consentimiento para que se le infrinja la muerte, y dicho consentimiento no afecta a la responsabilidad penal de quien infrinja la muerte a la persona que otorga dicho consentimiento". El art. 241: "Quien (a) asesora a una persona para suicidarse o (b) ayuda o incita a una persona a cometer suicidio, tanto si llega a producirse como si no, es culpable de un delito imputable y puede ser encarcelado por un tiempo no superior a catorce años".

## Revisando la experiencia acumulada

En su resolución, el Tribunal Supremo canadiense se hizo eco del debate y de las decisiones legales y jurisprudenciales que han tenido lugar a lo largo de los últimos años en Holanda, Bélgica, Luxemburgo, Suiza, Oregon, Washington, Montana y Colombia, aunque recuerda el Alto Tribunal que la muerte asistida sigue siendo un delito en la mayoría de los países occidentales y varios tribunales han avalado esa prohibición: así, por ejemplo, en esa misma orilla del Atlántico, el Tribunal Supremo de Estados Unidos en los asuntos *Washington vs. Glucksberg*, 521 US 702 (1997) y *Vacco vs. Quill*, 521, U.S. 793 (1997), y, en la otra orilla, el Tribunal Europeo de Derechos Humanos en el caso *Pretty c. Reino Unido*, de 29 de abril de 2002.

Ante esta situación, el Tribunal Supremo de Canadá sostuvo en 2015, en primer lugar, que al ser delito ayudar a otro a terminar con su vida, las personas que están grave e irremediablemente enfermas no pueden buscar la asistencia de un médico con lo que nada más tienen dos opciones: quitarse la vida prematuramente, a menudo por medios violentos, o sufrir hasta que mueren por causas naturales. La elección es, sin duda, cruel.

## La prohibición actúa contra la vida

En segundo lugar, y de acuerdo con el análisis del tribunal de primera instancia, concluyó que la prohibición del auxilio físico para morir provoca el efecto de que algunas personas pongan fin a su vida prematuramente por el temor a que no puedan hacerlo cuando el sufrimiento se hace intolerable. De esta manera se está afectando al derecho a la vida.

**Para el tribunal Supremo de Canadá obligar a elegir entre un suicidio prematuro o sufrir hasta la muerte es una decisión cruel**

En tercer lugar, sostuvo que la respuesta individual ante una situación médica irremediable es una cuestión que afecta a la dignidad y autonomía personales pero mientras que la ley permitía, en consecuencia, reclamar cuidados paliativos, rechazar alimentos e hidratación, así como el mantenimiento artificial de la vida, esa misma ley —llama la atención el Tribunal Supremo— denegaba el derecho a solicitar asistencia para morir, lo que menoscababa la capacidad para tomar decisiones que afectan a la integridad física y, en suma, lesionaba la libertad, pues quien pide ayuda médica ante un sufrimiento intolerable derivado de un padecimiento incurable lo hace en virtud de convicciones personales sobre la forma en la que desea vivir o morir.

Por todo lo dicho, y aunque la Carta de Derechos reconoce el derecho a la vida (art. 7), el Tribunal Supremo ca-



TS canadiense: importante doctrina jurídica sobre la muerte voluntaria

## Respetar la vida es amparar la autonomía y la dignidad en el momento final de dicha vida

tas y capaces que solicitaban tal asistencia como resultado de una afección grave e irremediable que causa sufrimiento duradero e intolerable, violaban los derechos a la libertad y a la seguridad de la persona.

### La falacia de la pendiente resbaladiza

A mayor abundamiento, el Tribunal Supremo de Canadá rechazó algunos de los argumentos que son esgrimidos tradicionalmente en contra de la legalización del suicidio asistido, como el peligro que ello supondría para colectivos de personas especialmente vulnerables y que constituiría el primer paso hacia una “pendiente resbaladiza” (*slippery slope argument*): frente a lo primero, el Tribunal concluye que esos riesgos pueden evitarse a través de un riguroso sistema de controles y garantías; frente a lo segundo, y además de la experiencia existente en países que admiten el auxilio al suicido, cabe argumentar que con la adopción de las medidas adecuadas nada demuestra que admitir esta práctica sea el comienzo de una serie de reformas que acaben legalizando el homicidio.

Por último, el Tribunal concedió el plazo de un año a los Legisladores federal y estatales para que adoptasen las medidas adecuadas para el cumplimiento de su sentencia, término que no se cumplió pues la denominada Ley C-14, de modificación del Código Penal y de otras normas relativas a la ayuda médica para morir, no fue aprobada hasta el 17 de junio de 2016<sup>9</sup>.

### Incongruencias de prohibir la ayuda

En todo caso, nos parece de especial importancia insistir en una de las conclusiones de este pronunciamiento del Tribunal Supremo de Canadá –que ya fue apuntada por el juez McLachlin en su voto particular en el caso *Sue Rodriguez*, de 1993<sup>10</sup>–: si se permite que una persona pueda, de manera consciente y responsable, rechazar un tratamiento aunque eso implique su muerte ¿por qué no se ampara la petición de atención médica para que se ponga fin a un proceso de sufrimiento intolerable que también desembocará en la muerte de la persona? En suma, si hay dere-

nadiense recuerda que también ampara la autonomía y la dignidad en el momento final de esa vida. Por ello, se concluye que los artículos 241 b) y 14 del Código Penal, en la medida en que prohibían la muerte médicamente asistida a personas adul-



Si es inaccesible, no es Justicia

cho a decidir el rechazo de un tratamiento que mantiene la vida, por qué no hay derecho a decidir sobre una asistencia médica que pone fin al sufrimiento y que no altera el resultado final del proceso: la muerte<sup>11</sup>.

En palabras de Ronald Dworkin, admitir dejar morir y rechazar ayudar a morir tiene como consecuencia que las personas pueden decidir morir con lentitud, rechazando los tratamientos que las mantienen con vida o asfixiándose al desconectar los respiradores, pero no pueden elegir la muerte rápida e indolora que los médicos podrían, fácilmente, proveer<sup>12</sup>.

No veo ninguna diferencia entre permitir que un paciente de mente sana elija la muerte con dignidad al rechazar el tratamiento y permitir que un paciente de mente sana que tiene una enfermedad terminal para elegir la muerte.

## La experiencia ha demostrado que legalizar la eutanasia no abre la puerta a reformas que terminen legalizando el homicidio

<sup>9</sup> <http://www.parl.gc.ca/HousePublications/Publication.aspx?DocId=8384014>

<sup>10</sup> “No veo ninguna diferencia entre permitir que una paciente en pleno uso de sus facultades mentales elija la muerte con dignidad rechazando el tratamiento y permitir que una paciente en pleno uso de sus facultades mentales que padece una enfermedad terminal elija la muerte con dignidad poniendo fin al tratamiento de preservación de la vida, aun cuando, debido a su incapacidad, esa medida tenga que ser tomada físicamente por otra persona siguiendo sus instrucciones”.

<sup>11</sup> Ya se sostenía que no eran categorías distintas en la “Note: Physician-Assisted Suicide and the Right to Die with Assistance” de la *Harvard Law Review*, Vol. 105, No. 8 (Jun., 1992), págs. 2021 a 2040.

<sup>12</sup> *El dominio de la vida. Una discusión acerca del aborto, la eutanasia y la libertad individual*, Ariel, Barcelona, 1994, pág. 140.



El compromiso del médico es con su paciente, no con Hipócrates

---

Ante una posible ley de eutanasia

# Cuando **Hipócrates** se enfrenta a la **eutanasia**

La posición oficial de la Organización Médica Colegial sigue anclada en una deontología caduca de origen religioso que no es compartida por la mayoría de médicos preguntados al respecto

**Fernando Pedrós\***

**E**s muy posible que en esta legislatura tengamos una ley de eutanasia. No podemos sospechar cómo quedará el texto legal que pueda salir del debate en comisión parlamentaria, pero el texto de la propuesta no es para dar saltos de alegría. Teniendo que ser realistas y después de una lucha esforzada de 34 años DMD, sin embargo, tendrá pragmáticamente que sonreír y asumir este posible primer paso. A la espera, pues, del debate político cabe preguntarse por qué nuestra sociedad ha sido tan

corta de miras y tan reaccionaria. Una primera respuesta, a nivel general, puesto que el problema no es privativo de España, es la da Philippe Ariès en su 'Historia de la muerte en Occidente' (1975): los moribundos pacientes en estado final "son clandestinos, *marginal men*, cuyo desamparo empieza ahora a adivinarse (...) a pesar del silencio de los médicos, los eclesiásticos y los políticos". Años más

---

\* Filósofo y periodista.

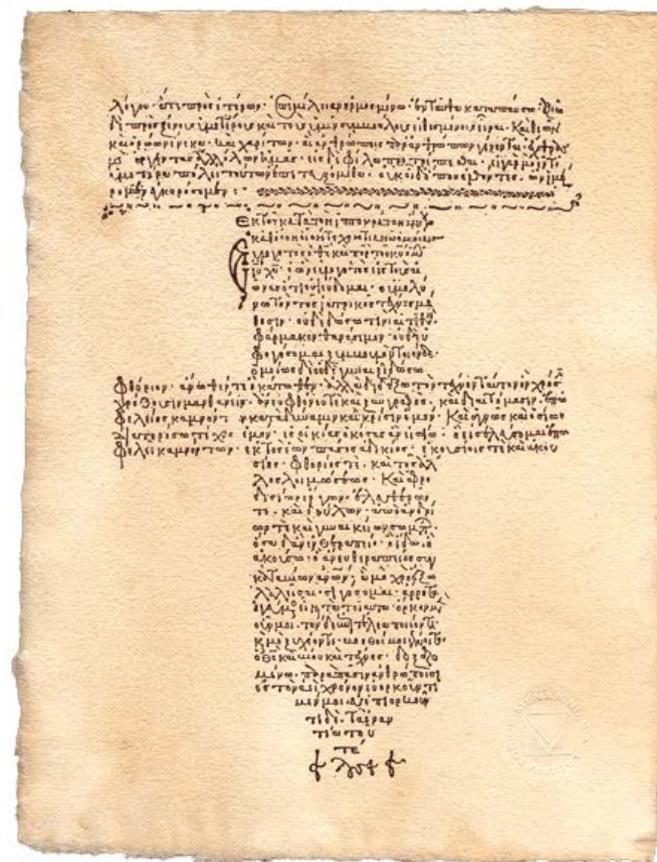
adelante Salvador Paniker manifestaba en el sexto congreso de la Federación Mundial de Asociaciones pro-derecho a Morir que España podía tener “la oportunidad histórica” de ser el primer país de Europa en tener una ley de eutanasia. Eran años de estudio y preparación de la reforma del Código Penal (CP), pero aunque DMD contaba con buenos juristas para tal esfuerzo, Paniker añadía que “los médicos forman un cuerpo fuerte, con gran poder social y es posible que se nos opongan. Muy probablemente lo harán el partido conservador y algunos miembros de la iglesia católica”. Y cuando se trató la reforma del artículo referido a las conductas eutanásicas en el Congreso (1995) no solo fue el partido conservador el que dio su ‘no’ a una aceptación de la autonomía del paciente para decidir su final sino que solo el diputado López Garrido, portavoz de IU, apoyó la despenalización de dichas conductas que hasta hoy siguen siendo un delito. Era un no cargado sin duda alguna de todo el peso sociológico –como señala Ariès– de “los médicos, los eclesiásticos y los políticos”.

---

**El desamparo de los moribundos se hace oír a pesar del silencio de los médicos, los eclesiásticos y los políticos**

**El final de la vida y la OMC**

Siempre me ha preocupado la postura oficial del cuerpo médico ante la cuestión eutanásica. La eutanasia en nuestro país siempre se ha movido en un espacio confuso y reaccionario, pero si los médicos hubieran sido un colectivo activo y crítico hubieran dejado de ser la vanguardia –sanitario-religiosa– beligerante contra la eutanasia y hubieran abierto el camino a una solución política coherente del tratamiento legal de las conductas eutanásicas. Si las instituciones corporativas hubieran actuado con el enfoque y la diligencia de los médicos holandeses en confluencia programada con los jueces, hoy en día y a partir sobre todo del episodio de la muerte de Ramón Sampederro, el suicidio asistido y la eutanasia estarían legalizados. No obstante, el motivo inmediato de mi comentario es mi asistencia reciente a una Jornada de trabajo organizada por la OMC (Organización Médica Colegial) y la FAPE (Federación de Asociaciones de Prensa) sobre ‘El final de la vida en los medios de comunicación’. Como profesional de prensa el tema me interesaba aunque no entendía bien la relación de FAPE y OMC en dicha jornada pues, si al profesional de la información se le pide respeto al pluralismo ideológico en una sociedad democrática, la FAPE debiera haber abierto el abanico ideológico de los ponentes tanto más por cuanto este escenario sin duda se montaba en vísperas del trabajo de la comisión parlamentaria que iba a debatir la propuesta de ley socialista sobre las conductas eutanásicas. Y, además, la jornada se celebraba en la sede de la Real Academia de Jurisprudencia y Legislación y se contaba con la colaboración de la Sección de Derecho Constitucional de dicha Academia. En resumen, tras la jornada mi experiencia decía que el contexto oficial de muchas instituciones poco o nada había



Juramento hipocrático. El dominio de la religión

cambiado después de tres décadas. Si la política de partidos se estaba abriendo a la crítica del art. 143 del CP, la corporación oficial médica se mantenía en su inhibición, es decir, seguía despreocupándose y mirando hacia otro lado. Inhibición bastante cínica pues se mantiene a pesar de la presión sociológica de la opinión pública –y entre otras de la opinión pública de los médicos–, de los estudios de expertos, de propuestas parlamentarias y a pesar del movimiento proeutanásico internacional, incluidas las sentencias del Tribunal Europeo de Derechos Humanos.

---

**El profesional de la medicina prefiere pregonar que su profesión es la de sanar, dar la vida y no la muerte**

El miedo, la confusión que produce la muerte hace cerrar los ojos casi sin querer. Es preciso o ser muy osado o suficientemente lúcido como para enfrentarse a ella y el profesional de la medicina prefiere en estos casos levantar el estandarte del juramento hipocrático y pregonar que su profesión es la de sanar, hacer recuperarse al enfermo, darle vida y no muerte. De no conocer de primera mano las posturas reacias y un tanto burdas por acriticas de bastantes médicos siempre hubiera pensado que el trabajar a pie de cama hacía comprender el sentido de la eutanasia. Es más, estimo que hay mucha razón en la reflexión del filósofo Adorno cuando escribe: “dejar hablar al sufrimiento es la condición de toda verdad”. Aplicada esta reflexión al caso, hay que decir que nadie quiere aban-

---

## Un médico reaccionario se encapsulará en su burbuja hipocrático-religiosa para evitarse un conflicto interno

dudar del valor del pensamiento de Adorno y así recuerdo que en un debate de nivel académico sobre la eutanasia activa, un portavoz de una organización médica española afirmaba que “en este caso entra en conflicto el derecho de los pacientes con otro, de razón superior, que es la obligación ética de los médicos a la no maleficencia, es decir, a no causar daño”. Es curioso el razonamiento envolvente del rechazo a la eutanasia. En lugar de analizar críticamente el sentido de la ‘no maleficencia’ (primum non nocere, ‘ante todo no hacer daño’ del juramento hipocrático) y su presunto conflicto con el derecho de los pacientes, se atiende al juramento hipocrático que cual creencia religiosa se convierte en núcleo de la ética sanitaria. Al parecer la cultura médica que disierte en temas que atañen a la vida es asimilable a la moral católica al decir que “lo que no se puede pedir al médico es actuar de asesino de los enfermos”. De este modo quedan hermanadas la postura hipocrática —entendida acriticamente— y la postura moral católica. Así que en este contexto, si un día hay una ley de la eutanasia asimilada a la de otros países europeos, el conflicto interno del médico derivará necesariamente al recurso a la objeción de conciencia, que siendo un derecho individual de la persona casi aparecerá como un derecho colectivo de un cuerpo profesional avalado por la voluntad divina. El médico de talante reaccionario se encapsulará en su burbuja hipocrático-religiosa para evitarse un conflicto interno y seguirá poniendo trabas al proceso de liberación del paciente antes que poner al menos en duda su visión y aclarar conceptos y comportamientos éticos.

## El arranque médico en Holanda

Repasando la crónica de la eutanasia en Holanda hay valores y tareas que bien hubiéramos querido en España. De entrada se evitaron los tapujos, las medias verdades y los temores. Se ha dicho que Holanda ha sido el laboratorio de la eutanasia por cuanto no solo ha sido la ley holandesa producto de la reflexión y tarea de juristas sino que ha sido un trabajo multidisciplinar donde han trabajado en un curioso alimón médicos, juristas, jueces y fiscales, periodistas... Se aprobó la ley en 2001, pero el gran interrogante lo planteó en 1969 el médico **Jan Hendrick van der Berg** con su libro ‘Poder médico y Ética médica’ que recomen-

donar la vida si la disfruta o al menos se siente suficientemente satisfecho con lo que le concede y, cuando los Estados legalizan las conductas eutanasicas y proveen ayudas para ejercerlas, siempre se condiciona a situaciones trágicas que son las que motivan el querer salir de la vida. Pero siempre hay quien puede

---

## En Holanda, fueron los médicos y su institución oficial la punta de lanza para la legalización

daba a los médicos “acabar con la vida de sus pacientes si el poder de la tecnología médica les hiciera sufrir, vegetar o prolongar injustificadamente su agonía”. El consejo era fuertemente provocador y totalmente contrario al Código Penal holandés que castiga tal acción con 12 años de cárcel. Pero la Asociación médica holandesa no se asustó, cogió el toro por los cuernos y con su reflexión y escritos logró impulsar la regulación de la eutanasia y el suicidio asistido y sobre todo ha abierto una brecha en la mentalidad de la cultura occidental sobre la disponibilidad de la vida y ha puesto las bases para los países que la han sucedido. En la década de los setenta la Real Asociación Holandesa de Médicos, siguiendo la pauta de Van der Berg, publicó varios documentos que planteaban esta posibilidad de ayudar lícitamente a morir a los pacientes en ‘determinadas circunstancias’. Paralelamente los tribunales apoyaron tales criterios y en sus sentencias absolvían las actuaciones eutanasicas apoyándose en los criterios médicos y amparándose en la exigencia del Código por el ‘estado de necesidad’ que justificaba actuaciones inicialmente delictivas que al darse en un estado de necesidad quedaban libres de imputación. Con esta experiencia que 1977 la Comisión Estatal para la Eutanasia —que se constituyó a raíz del libro de van der Berg— presentó un informe favorable a la regulación de las conductas eutanasicas. La actitud de los médicos que se aprecia en el informe Rummeling (1991) era: de los 405 médicos entrevistados el 54% había actuado en eutanasias o suicidios asistidos, el 24% no las habían realizado, pero no tenían inconveniente en realizarlas, el 8% no las realizaría, pero remitiría al enfermo a otro médico, y el 4% nunca las realizaría ni remitiría a otro médico. Fueron, pues, los médicos y su institución oficial la punta de lanza de la legalización al haber tomado conciencia de la cuestión eutanasica y su alcance y haber empujado a los magistrados a entrar en liza. El reverso de la moneda en mi opinión ha sido la crónica un tanto absurda de la eutanasia en España.

## ¡Los médicos pasan!

Las actuales generaciones heredamos del nacionalcatolicismo una moral pública con una buena dosis de represión de la libertad en el campo que afecta a la vida en general. No al divorcio, no al aborto, no a los de tendencia homosexual, etc. y no a la eutanasia que perdura hasta hoy en el art. 143 CP. Con la transición democrática ha ido menguando el látigo de la represión, pero perdura en la indisponibilidad de la vida y no se respeta que la libertad sea la respiración del humano y que fluya en el desarrollo libre de la personalidad del ciudadano. En el tema de la eutanasia el Estado no es que no haya sido pionero y perdiese la oportunidad histórica, es que ha ido a remolque y solo en el 40 aniversario de la Constitución inicia una reflexión formal pública de la libertad en el morir. El sector médico oficial nunca ha hecho un esfuerzo para subirse al tren de la comprensión de la eutanasia; es que ni siquiera ahora está dispuesto a hacer un esfuerzo positivo para que no descarrile dicho tren.

¡Se hizo la reforma del Código Penal en 1995 bastantes años después de la aprobación de la Constitución. No era una reforma que viniera de sopetón. El Gobierno estuvo años estudiando la cuestión eutanásica y las posibilidades de reforma. Ya en 1991 el Grupo de Estudio de Política Criminal (GEPC) –formada por unos cientos de magistrados, penalistas y juristas– presentó su alternativa al tratamiento jurídico de la eutanasia: “una interpretación integradora de vida y libertad y, por consiguiente, una interpretación del art. 15 a la luz del libre desarrollo de la personalidad obliga a considerar que la vida impuesta contra la voluntad de su titular no puede merecer en todo caso el calificativo de bien jurídico protegido. En otros términos: la vida es un derecho, no un deber.” Este grupo de juristas avanzaba el criterio jurídico de la autonomía de la persona que fue reconocido en el Convenio europeo relativo a los derechos del hombre y la biomedicina, suscrito en Oviedo en 1997 y ratificado por las Cortes Generales dos años más tarde y que dio paso en 2002 a la Ley de Autonomía del Paciente.

¡A la inversa que en Holanda en nuestro país eran los juristas los que tomaban la iniciativa que podía haber sido tomada por el cuerpo médico como una invitación a un esfuerzo común como compañeros de camino. En abril de 1993 Ramón Sampedro empezó su reclamación judicial a favor de la eutanasia de tribunal; un año más tarde –noviembre de 1994– hubo en Málaga un encuentro internacional de Juristas que declaró que era necesario despenalizar la eutanasia. A ningún toque de aviso de los juristas hubo una respuesta oficial médica y eso que se tenía conocimiento de las experiencias holandesas. La Asociación holandesa correspondiente a lo que para nosotros es la OMC hacía publicaciones desde los años setenta sobre la ayuda médica para la muerte de los pacientes. Desde los años ochenta equipos de médicos y algunos tribunales de justicia trabajan juntos en este campo de la práctica y el enjuiciamiento de la ayuda a morir. Y en diciembre de 1992 no se tocó el Código Pe-

nal que sancionaba la eutanasia, pero se dictó una ley en que se describían los pasos que el médico debía dar para notificar una muerte por eutanasia. Esta ley venía a ser el preámbulo de la ley definitiva de 2002 y rompía ya legalmente el tabú de la eutanasia en Europa. Pero mientras tanto en España continuaba la despreocupación y el silencio que sigue manteniendo la institución médica oficial es un silencio beligerante porque el silencio que mantienen muchos médicos es el silencio del miedo por cuanto el médico vive una inseguridad jurídica. Es un silencio que solamente se rasga en el anonimato de una encuesta de opinión. En 2002 el CIS hizo una encuesta sobre las actitudes médicas ante la muerte en el que los médicos manifestaban que el 59,9% de los médicos españoles está de acuerdo con que se regule la eutanasia; el 19,5% había recibido peticiones para acelerar la muerte, el 7,8% ha recibido peticiones del enfermo de una dosis letal que le permitiera acabar con la vida.

¡Si casi el 60% en 2002 estaba de acuerdo con la legalización de las conductas eutanásicas no se entiende cómo la OMC que les representa sigue manteniendo su postura negativa con tal desprecio al pluralismo del cuerpo médico. Y mi última reflexión en el diálogo con los médicos ajenos a mi postura eutanásica que puedan leer estas líneas es la siguiente. Como paciente de varios médicos pienso que en el arte de curar la figura del médico se aleja de la del chamán o del curandero al no fiarse de los poderes mágicos y misteriosos y basar su tarea en la observación y la experiencia científicas. Esto en lo que supone curar el organismo corporal. Pero a su vez el médico se diferencia del chamán cuando en su relación con el paciente también se aleja del misterio y de dogmas religiosos y solo se relaciona con el enfermo en un tú a tú de rostro laico. Y así no me pareció nada bien que el presentador del acto de la OMC y la FAPE hablase de la dignidad de la muerte del humano por ser un tránsito al más allá. Era un ex-magistrado que se olvidaba que las leyes son laicas.



Algunos profesionales caminan en sentido contrario que la sociedad

Los obispos opinan de la eutanasia

# Estimar la vida. Respetar la autonomía



Estas páginas nacen de las inquietudes de alguien que, considerándose cristiano, se siente representado por la reciente propuesta de ley presentada en el Congreso para regular la eutanasia, y no por los obispos, tal como se expresan en la nota sobre esta iniciativa, emitida por la Subcomisión de Familia y Vida.

Juan Antonio Ruescas\*

La proposición de ley entiende por «contexto eutanásico» la situación en la que hay «un sufrimiento insostenible que no puede ser aliviado en condiciones que [la persona afectada] considere aceptables», y proyecta una regulación de la prestación de la ayuda a morir en dicho contexto.

\* Doctor en Filosofía y profesor en Enseñanza Secundaria.

A diferencia de los obispos, creo que hay suficientes razones para desear que esta propuesta prospere. Creo además que tanto la solicitud de la ayuda a morir como la prestación efectiva de dicha ayuda son compatibles con una forma de estar en el mundo que podemos llamar, en general, religiosa, y en particular, cristiana.

## Una buena propuesta de ley

Me parece que la mayoría de los ciudadanos no podemos saber si, hallándonos en un contexto eutanásico, deseamos o no deseamos que se nos ayude a morir. Por eso hay que dar la bienvenida a una ley que deja abierta la puerta a que cada uno pueda hacer o dejar de hacer esta petición, ello sin ignorar el derecho a la vida como algo a proteger, si bien este derecho hay que hacerlo compatible con el derecho a la dignidad, la libertad y la autonomía de la voluntad. La Constitución protege la vida y la integridad física de la persona, sí, pero también su integridad *moral*, así como la libertad ideológica o de conciencia.

Precisamente porque habla expresamente de proteger el derecho a la vida, la ley propuesta aclara que limitarse a despenalizar la ayuda a la muerte sería dejar a las personas desprotegidas respecto a dicho derecho.



Los obispos confunden “dar la muerte” con “matar”

No se trata, pues, de limitarse a *despenalizar*, sino de *regular*. Y regular es, entre otras cosas, establecer un sistema de garantías como el previsto en esta propuesta, sistema este que, en mi opinión, asegura suficientemente que la ayuda a morir se presta solamente en determinadas condiciones, en absoluto caprichosas.

### Una regulación garantista

En una enumeración breve y no exhaustiva, podemos señalar las siguientes garantías previstas en la propuesta de ley:

- Necesidad de definir supuestos, fuera de los cuales no se puede ayudar a morir. Se insiste en que los supuestos deben definirse claramente, y se afirma expresamente la posibilidad de denegación de la ayuda a morir. Se insiste, asimismo, en que se debe salvaguardar la absoluta libertad de la decisión, descartando presiones externas de cualquier índole.
- Obligatoriedad de que la petición de prestación de la ayuda a morir sea *informada, expresa y reiterada en el tiempo*. Además, se señala expresamente que, incluso una vez que se han realizado los procedimientos prescritos, el solicitante siempre puede revocar su solicitud.

- Reconocimiento de la posibilidad de objeción de conciencia del personal sanitario (contra lo que ha dicho algún significado representante político conservador).
- Previsión de una Comisión de Control y Evaluación que ha de controlar (previa y posteriormente) el respeto a la ley. Se prescribe la presentación, por parte del médico responsable, de documentos a la citada Comisión, de los cuales se derivarían responsabilidades en caso de no actuar con el debido rigor.
- Lo registrado en estos documentos puede llevar a constatar posibles denegaciones improcedentes de la ayuda a morir. Pero también puede llevar a constatar prestaciones indebidas de dicha ayuda.

Así que, en efecto, la propuesta de ley no se limita a *despenalizar*, sino que *regula*. Establece un sistema de garantías. Y lo hace con tanto celo que muchos podrían rechazar, quizá, la obligatoriedad de estos procedimientos, por considerar que no dejan de ser la imposición de una tutela sobre algo que debe ser absolutamente libre. De modo que la propuesta de ley busca lo que toda ley democrática en una sociedad plural: un consenso que siempre dejará insatisfechos a algunos.

### Obligación de respetar los valores

Por otra parte, me parece que hay que subrayar otro aspecto muy positivo de la propuesta de ley. Es, además, algo que las personas religiosas no deberían ignorar. Según el artículo 11 de la propuesta, «todo el personal sanitario implicado en el proceso de ayuda para morir tiene la obligación de respetar los *valores vitales* de la persona solicitante», debiendo abstenerse de imponer sus criterios. Serán los valores vitales *de cada uno* los que determinen que unos soliciten la ayuda para morir y otros no lo hagan. ¿Y no es precisamente el respeto a los valores vitales del otro lo que mide el verdadero respeto a la condición humana? ¿Qué respeto a la vida humana es ese que omite la consideración de los valores vitales del otro y solo se preocupa de mantener el funcionamiento de su organismo? ¿No es esto un biologicismo (e incluso un fisicalismo)? ¿No deberían ser las personas religiosas las más alejadas de estos reduccionismos?

Todo lo dicho será irrelevante para quien no crea en la autonomía moral de sus semejantes, o piense que la gente es capaz de pedir caprichosamente la ayuda para morir. Ahora bien si las personas religiosas no somos capaces de creer en la autonomía de nuestros semejantes, ¿se puede decir que creemos en la humanidad? Y, si nos falta este *mínimum*, ¿se puede decir que tenemos algún tipo de fe?

Por supuesto, pudiera haber una ínfima minoría que actúe de forma caprichosa, pero por esa minoría no podemos renunciar a un marco legal que respete la autonomía moral de la inmensa mayoría que no será caprichosa. Se trata de *regular*, precisamente, para que se pueda denegar la ayuda a morir cuando esta se solicite de forma irreflexiva o sin garantías de libertad.

Desgraciadamente, hay y seguirá habiendo personas que sufren un mal que acarrea un sufrimiento insoportable, para el cual no hay perspectiva de mejora. Algunas de esas personas (da igual si son muchas o pocas) desean poner fin a su vida y reiteran la petición. La ausencia de una ley de regulación de la ayuda a morir solo consigue que estas personas se vean obligadas a vivir con un sufrimiento que no soportan en nombre de unas creencias que no comparten.

## La nota de la subcomisión episcopal

La ya aludida "Nota de la Subcomisión Episcopal de Familia y Vida" afirma, para empezar, que el mandamiento "no matarás" se encuentra en el fundamento de toda ética verdaderamente humana (n.º 1). Ahora bien: ¿qué tipo de "mandamiento" es este? Si es humano, es interpretable y discutible; y, si es divino, no solo sigue siendo (y con más razón) interpretable sino que, además, no se puede aducir como argumento en un debate en el que participan ciudadanos no creyentes. Por otra parte, y aun asumiendo ese "mandato", la solicitud y la prestación de la ayuda a morir, tal como aquí se entiende, no tienen nada que ver con "matar".

También se recuerda (n.º 2) una afirmación de Benedicto XVI: «extirpar por completo el sufrimiento del mundo no está en nuestras manos». Es obvio. Pero la prestación de ayuda a morir, así como la iniciativa que propone su regulación legal, no pretenden tal cosa. Quien solicita la ayuda a morir no pretende extirpar por completo el sufrimiento del mundo, sino dejar de padecer la parte que a él le toca cuando tiene la certeza de que eso será lo que marque su vida de forma irremediable e insoportable.

Se dice también (n.º 3) que la eutanasia es «una acción u omisión que por su naturaleza y en la intención causa la muerte, con el fin de eliminar cualquier dolor». Ante lo cual, hay que insistir: la eutanasia no pretende eliminar «cualquier dolor», sino solamente el dolor insoportable y sin esperanza de curación. ¿Quién establece el límite de lo soportable? Ciertamente, aquel que sufre el dolor. Es que, de otro modo, dejaríamos de creer en la autonomía y en la sensatez de nuestros semejantes, que no suelen tener frívolas tendencias suicidas.

También se afirma, en el mismo número de la Nota, que la Iglesia «siempre ha considerado la eutanasia como un mal moral y un atentado a la dignidad de la persona». Carezco de los conocimientos históricos y teológicos necesarios para confirmar o negar que esto sea así pero, aunque así fuese, bien pudiera ser que, llegados a este punto, surgiese una novedad en la tradición cristiana (o, al menos, en la católica). Estar en tradición no es mantener algo inmutable, sino recibirlo para entregarlo transformado a la siguiente generación.

En la nota se dice (n.º 4) que la proposición de ley «defiende una absolutización del principio de autonomía y de la pura subjetividad como criterios fundamentales de la decisión». Esto merece varios comentarios. En primer lugar, se asocia «autonomía» con «subjetividad», casi identificándolas. Pero esto es, como mínimo, una imprecisión, entre otras cosas, porque también puede haber un excesivo influjo de la subjetividad en la decisión de acogerse heterónomamente a una norma o mandato. En segundo lugar: es falso que la propuesta de ley absolutice la autonomía de la persona que está en un contexto eutanásico. La propuesta de ley presupone la confianza en esa autonomía, pero no la absolutiza, ni da pie a ejercerla de modo arbitrario. Si este fuese el caso, no se prevería el sistema de garantías que he resumido. Si se absolutizase la autonomía del individuo, la sola petición haría obligatoria dicha prestación.

La nota de la subcomisión episcopal parece empeñada en no entender la proposición de ley cuando le achaca, en el número 6, un pensamiento en el cual «el ser humano aparece como aislado de los demás» y en el que «la sociedad no es considerada como un tejido de interacciones humanas, sino como mero ámbito en el que existe una libertad absoluta de los individuos». Si fuese este atomismo individualista exacerbado el que inspira la proposición de ley, no se establecería el proceso de garantías que se han descrito, garantías que son externas a la conciencia del individuo y que, en gran parte, implican un control del Estado. Nada que ver, pues, con aislar al individuo de los demás, ni con la ignorancia de que la sociedad es un tejido de relaciones.

---

**El cristianismo es un fermento de búsquedas personales que conducen a opciones morales divergentes**

## Más allá de esta cuestión

Es triste que, en este y en otros debates, quienes ponen rostro institucional al cristianismo no se muestren más sensibles y serenamente abiertos al pluralismo moral que, de hecho, existe entre los cristianos. Este pluralismo es legítimo porque el cristianismo no es una moral, sino fermento de moralidades diversas, fermento de búsquedas personales que, necesariamente, conducirán a opciones morales divergentes.

Sin duda, el pluralismo apareja conflictos. Pero estos conflictos deben afrontarse solo en la plaza pública, con argumentos inteligibles por creyentes y no creyentes, y deben dirimirse mediante la promulgación de leyes que no merezcan respeto por ser expresión de una supuesta ley natural (mucho menos, de la "voluntad de Dios"), sino por ser el mejor consenso que los ciudadanos, libres para argumentar, hemos sido capaces de alcanzar.

A photograph of a patient lying in a hospital bed, looking towards the right. The patient has blonde, curly hair and is wearing a white hospital gown with a small pattern. In the background, there is a medical monitor displaying a graph and various control panels on the wall. The scene is brightly lit, suggesting a hospital room.

Una mirada desde  
la Enfermería

# El lugar de la eutanasia en una **atención ética y de calidad**

Además de respetar la autonomía de la persona enferma que la solicite, la legalización de la eutanasia tendrá un efecto beneficioso sobre la asistencia en la muerte clarificando el panorama de los cuidados

Montse Busquets\*

## La voz de la Enfermería

**E**n este texto expongo, desde la práctica profesional, algunas ideas que defienden que es momento de poder despenalizar y regular la eutanasia y, de adecuar los tratamientos y cuidados a la voluntad de las personas que viven el final de su vida. Hablo desde la reflexión de la práctica enfermera al cuidado de personas y, desde ella, trataré de explicar algunos argumentos que me llevan a defender esta postura. Planteo que es necesaria una mirada amplia de la atención a las personas y familias en el proceso de final de la vida; eso podemos aportar las enfermeras y enfermeros, a pesar de que en general somos un grupo de profesionales que permanecemos relativamente invisibles; el cuidado enfermero siempre está presente al lado de las personas atendidas.

## Las preguntas de la Bioética

Mi primer argumento se relaciona con la Bioética. Potter, uno de los padres de la Bioética, planteó que para generar y aplicar conocimientos era necesaria la conjunción del mundo de los valores con el mundo científico. Por ello el origen de la Bioética ha sido buscar repuestas a cuestiones como: ¿qué es lo que se debe hacer?; ¿todo lo que es técnicamente posible es humanamente adecuado?; ¿quién tiene que tomar las decisiones?; ¿quién tiene que participar en esas decisiones sobre lo que hay que hacer? Preguntas que resultan hoy, si cabe, más pertinentes puesto que el propio avance científico y tecnológico hace que un número mayor de personas estén en situación

\* Enfermera. Miembro de la Comisión Deontológica del Colegio de Enfermería de Barcelona.

de enfermedad crónica y puedan proyectarse en futuros posibles; muchas personas hoy pueden plantearse cuál puede ser su final de la vida y cómo quisieran que fuera a ser ese tiempo de más que el avance científico-técnico puede proporcionarles.

## Principios bioéticos

La Bioética definió unos principios para que actuaran como guía de buena práctica y que Childress y Beauchamp aplicaron al ámbito de la medicina. En poco tiempo esos principios bioéticos han ido formando parte de la ética de todas las profesiones del ámbito de la salud. Son:

**Autonomía:** considerar a las personas como seres con capacidad para obrar, realizar juicios razonables sobre el alcance y significado de sus decisiones y actuaciones y, capaces de responder de sus consecuencias. La autonomía requiere una información veraz, detallada y adaptada que facilite la comprensión del problema o situación de salud, sobre el que la persona tiene que decidir.

**Beneficencia:** la acción profesional se focaliza en el mejor interés para la persona o personas atendidas, proporcionando beneficios y evitando perjuicios. Ahora bien a la hora de definir el beneficio, y de acuerdo al principio anterior, hay que contar con la persona/s afectada/s que debe consentir para que las acciones puedan llevarse a cabo, ya que el concepto de beneficio es subjetivo. El profesional propone, informa y ayuda a comprender y decide junto con la persona el curso de las acciones a llevar a cabo.

**No maleficencia:** hace referencia al tradicional *"primum non nocere"* que significa que en ningún caso se puede infringir un mal o dañar a una persona de forma gratuita o desproporcionada con el bien que se busca, si bien a veces para obtener una curación o una situación de bienestar, es inevitable causar un mal. La no maleficencia es un principio complementario del de beneficencia de forma que la acción tenga como resultado el beneficio claro, explícito y neto para la persona o grupo al que se dirige.

**Justicia:** las acciones deben favorecer a todos por igual. Implica establecer criterios para la distribución de recursos y significa que las personas deben poder acceder a ellos en función de sus necesidades.

## El nuevo eje es la autonomía

Con el tiempo, reflexionando sobre el impacto de estos principios, vemos que el gran cambio que ha propiciado la Bioética ha sido reconocer la autonomía de las perso-

---

## El gran cambio propiciado por la Bioética ha sido reconocer la autonomía de las personas enfermas



El cuidado debe ser aceptable para quien lo recibe

nas en las decisiones de salud, ya que tradicionalmente la enfermedad ha sido una buena excusa para tratar a la persona enferma como alguien incapaz. La Bioética aporta a la clínica un criterio ético clarísimo, igualmente vigente en situación de final de vida, que refuerza la autonomía. El criterio clínico es que no hay que salvar, curar o tratar la enfermedad si con ello solo se prolonga la vida biológica más allá de aquello que pueda ser vivible. Y ello nos enlaza con la voluntad de la persona ya que lo vivible, ya sea el concepto de bienestar o sea aquello por lo que vale la pena vivir es una cuestión subjetiva siempre, siempre tiene que ver con la persona y el mundo de relaciones que ella tiene.

Así pues el gran cambio es que la buena práctica de los profesionales e instituciones de salud tiene que pasar de manera clara y explícita por el respeto a la autonomía moral de la persona que es sujeto de la atención, es decir respeto a su autonomía en la toma de decisiones. Así se recoge en las normas deontológicas y éticas de todas las profesiones de la salud y también en las normas legales –autónomas y estatales– que normativizan que toda actuación debe ir precedida de una información y comunicación suficiente para que las personas puedan comprender lo que les sucede, visualizar qué es lo que les está pasando, comprender la propuesta profesional y, en consecuencia, participar en la toma de decisiones relativas a sus pruebas, tratamientos, cuidados. Los profesionales se adaptan a esa idea trabajando con el consentimiento, respetando la decisión de la persona, informada y autónoma, aunque esta pueda ocasionarle un daño objetivo. Y aún un poco más allá, el respeto por la autonomía moral hace que las normas, legales y éticas, regulen que las personas puedan



anticipar su voluntad y pensar qué es lo que desearían en un futuro en previsión de una situación en la que no puedan expresarse, es decir puedan aceptar o rechazar tratamientos y cuidados de forma adelantada. Así surge el *documento de voluntades anticipadas*, documento en el que dejar constancia escrita de la propia voluntad acerca de los tratamientos y cuidados que se aceptan o rechazan y designar a un representante, que actuará ayudando a las decisiones, si llega el caso en el que la persona no puede hacerlo por sí misma. Además, hoy en día, en la atención a personas que están en situación de final de vida próximo, las comunidades autónomas están trabajando la *planificación de voluntades*, que da lugar al *plan de atención* en el que la persona, si ella quiere con la participación de su familia o allegados, y los profesionales van planificando las acciones a llevar a cabo y se van trabajando los deseos y la voluntad de acuerdo con la situación clínica. Porque no solamente es cuestión de disponer de un documento escrito sobre lo que uno quiere, sino que lo importante es todo el proceso de reflexión personal y la relación con los profesionales y los familiares y/o las personas allegadas sobre cómo puede ser, posiblemente, el final de la vida y cómo incluir en él la voluntad de la persona, al tiempo que se va dando paso al trabajo del proceso de duelo de la futura pérdida, en la propia persona y en la familia y/o allegados.

### **Autonomía también al final**

La primera idea clave, desde la Bioética, es que de la misma manera que la dependencia, la fragilidad o incluso la vulnerabilidad que conlleva la enfermedad no incapacita a la persona que la sufre para tomar decisiones relativas a su salud, tampoco lo hace cuando la situación es de final de la vida. La Bioética implica que en cualquier situación de tratamiento o cuidado, el objetivo de la atención es

### **El derecho a tomar decisiones no tiene por qué valorarse de forma diferente en la etapa final de la vida**

actuar de acuerdo con la decisión de la persona, cosa que la legalidad actual nos permite relativamente al penalizar la eutanasia. El principio de la autonomía, o si se prefiere el derecho a tomar decisiones, no tiene por qué valorarse de forma diferente en función de la etapa del ciclo vital. Tomar decisiones relacionadas con la propia muerte no tiene por qué tener connotaciones éticas diferentes al resto de las etapas y momentos de la vida. Las enfermeras aprendemos a respetar la voluntad de las personas: ¿por qué tendría que ser diferente la última etapa del ciclo vital cuando la persona se plantea la muerte?, ¿por qué pensar que frente a la muerte las personas no van a ser suficientemente competentes?, ¿qué argumentos hay para pensar que alguien que pide eutanasia, en realidad quiere otra cosa? Ahora bien, sabemos que tomar decisiones es difícil, y más aún si implican el final de la vida, ya que es necesario dotar de sentido a lo que sucede, tomar el control de la vida y despedirse de ella y de los seres queridos. Por eso hay que comprender éticamente la magnitud de la necesidad de ayuda que precisan las personas que viven una situación de final de vida y que, el reto ético actual es atender esa demanda al tiempo que se las reconoce como sujetos autónomos.

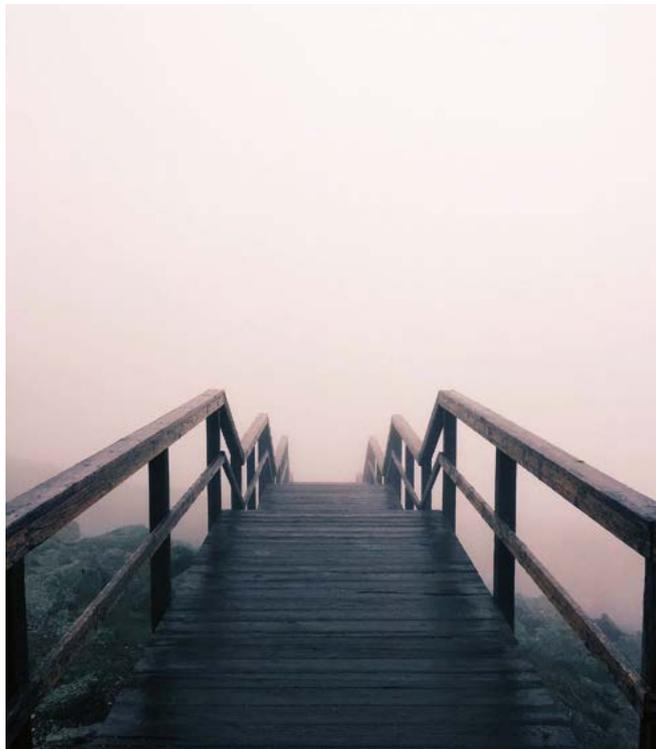
### **Sufrimiento y sufrimiento evitable**

El segundo argumento a favor de la despenalización y regulación de la eutanasia gira alrededor del concepto de sufrimiento. Cuando hablamos del final de la vida la idea dominante es evitar el sufrimiento. El profesor Ramón Bayés explica que hay un sufrimiento que es inevitable, es el sufrimiento de la pérdida que conlleva ser consciente de que la vida se termina. Ese es un sufrimiento inevitable al que las personas se enfrentan según lo aprendido a lo largo de toda la vida y que conforma la manera de ser, su carácter. Pero también hay otro tipo de sufrimiento que es evitable que es el que surge ante la experiencia de una necesidad y la imposibilidad de cubrirla por uno mismo. Este sufrimiento se incrementa, apacigua o evita, en función de la posibilidad de recibir la ayuda de terceros. Por tanto si bien no podemos evitar el sufrimiento consustancial con la propia vida y muerte, aunque podemos aligerarlo con compañía y comprensión, sí estamos obligados profesionalmente, y como sociedad, a tratar el sufrimiento que puede evitarse cubriendo la necesidad que la persona no puede cubrir por sí sola.

### **Eutanasia y paliativos no se oponen**

Hoy en día la normativa legal que tenemos permite tratar el sufrimiento evitable a las personas que acceden a la atención paliativa. Aquellas que, teniendo la suerte —porque la atención paliativa no está universalizada— de vivir en algún lugar y disponer de servicios y profesionales que puedan propor-

cionarlos. Pero hay personas que no quieren pasar por una situación paliativa que comporta ir perdiendo capacidades; no quieren pasar por tener que padecer un dolor insufrible refractario a los medicamentos y terapias habituales para acceder a la posibilidad de la sedación. Son las personas cuya alternativa sería la eutanasia y cuyo sufrimiento hoy no podemos evitar sin incurrir en un delito penal. Sin embargo, al entender que el problema no es morir sino vivir y morir mal, ambas opciones, el cuidado paliativo y la eutanasia, no son en absoluto contrarias sino complementarias. Tanto la opción de un final de vida a través de un cuidado paliativo es una buena opción como es una buena opción la eutanasia, pedir ayuda a alguien que me ayude a poner fin a mi vida cuando mi vida es insuportable, o pedir ayuda para que me proporcione los medios materiales para que yo lo pueda hacer.



Fíjense la cantidad de situaciones conflictivas que surgen por entender que sólo puede tratarse el sufrimiento al final de la vida con el cuidado paliativo: juicios de valor y confusión de términos, malos entendidos... Que a una persona que llega a su final luchando contra su enfermedad y pasando por la atención paliativa se le considere una valiente es un juicio de valor. Quien quiera y pueda que luche hasta el final –yo a lo mejor lo haré– pero quien no quiera llegar luchando, o quien no quiera establecer su lucha en eso y la quiera colocar en otro lugar, que pueda hacerlo.

## La prohibición genera confusión

Además la prohibición conlleva una gran confusión entre la eutanasia y los conceptos clínicos. Es frecuente confundir sedación y adecuación de tratamiento con eutanasia, ello implica mayor sufrimiento también en aquellas personas que acceden a medidas paliativas porque muchas veces pueden retrasarse demasiado o incluso no ser entendidas. Si la eutanasia estuviera regulada, seguramente, la toma de decisiones sobre medidas de sedación y/o adecuación de tratamientos serían más fáciles de tomar porque se podrían hablar y dirimir sin miedo, sin tabú, sin límites. Sería mucho más fácil responder a preguntas y dudas, que son muy comprensibles, que surgen sobre todo en los familiares cuando se propone una adecuación de tratamiento o sedación: ¿esta sedación es una eutanasia?, ¿se está provocando la muerte, o tratando un dolor refractario?, ¿si se retira un tratamiento se acelera la muerte?, ¿cómo retirar una medida de soporte vital?, ¿se puede aceptar el rechazo a un tratamiento si al hacerlo se

acorta la vida?... Hay que considerar la dificultad de las familias para comprender los criterios clínicos y la experiencia de sufrimiento que se puede generar. Hay que reconocer que la actual penalización de la ayuda a morir hace que el cuidado al final de la vida se tambalee, ya que repercute directamente en toda la toma de decisiones, también muchas veces en las decisiones de cuidados paliativos.

La confusión de términos llega a la opinión pública, esta presente incluso a veces, en las decisiones de comités de ética asistencial y confunde a la sociedad. Recordemos el caso del niño inglés cuyos padres no aceptaron la supresión de tratamientos, que no podían mejorar en nada la situación del niño y que incrementaban la posibilidad de sufrir nuevos problemas de salud, porque conllevaba la muerte del niño. La cuestión es que la prensa no habló de esta noticia como un caso de adecuación de tratamiento, ni de la atención al

final de la vida de un niño, no habló tampoco de la gran necesidad de ayuda de unos padres que afrontaban una enfermedad incurable y muerte de un hijo. La situación se hizo pública, de manera completamente errónea, como un caso de eutanasia y de litigio entre padres y médicos. También recordemos el caso de la niña gallega que se planteó como un falso dilema entre la buena práctica médica y la voluntad de los padres, cuando estos pidieron retirar las medidas de soporte vital de su hija. Su petición que fue considerada como una petición de eutanasia por el equipo médico y por ende mala práctica profesional, cuando en realidad era un caso de rechazo al tratamiento. Cabe pensar en lo que estos padres necesitaban, y que no tuvieron, durante el proceso en el que se dieron cuenta de que su hija no podía salir adelante ya que los tratamientos solo conseguían mantener sus constantes vitales. En lugar de recibir ayuda se tuvieron que enfrentar a una batalla. Un último ejemplo de confusión de términos. Permítanme comentarlo casi como una broma; un juez dictaminó que se practicara eutanasia a un perro, en prevención de posibles contagios, porque su dueña una enfermera cuidó a un paciente de Ébola. Tremenda confusión porque da a entender que la eutanasia la deciden terceros y eso no es así. A los perros se les sacrifica, nunca poner fin a la vida de un animal es eutanasia, ya que la eutanasia necesita siempre la petición libre del sujeto que la pide.

Para poder atender lo mejor posible hay que hablar claramente: la retirada de medidas de soporte vital no es eutanasia, tampoco lo es la sedación, tampoco lo es el

rechazo al tratamiento, aunque comporten la muerte de la persona. La eutanasia nunca puede ser una indicación clínica, ni judicial, es siempre la petición reiterada de la persona. Una despenalización y regulación nos permitiría hablar de manera clara y concreta utilizando los supuestos de situaciones que pueden darse al final de la vida de forma ajustada.

Si la primera idea clave es la autonomía, la segunda es que tanto la atención paliativa como la eutanasia y la asistencia al suicidio ayudan a la persona a paliar su sufrimiento por lo que son opciones de buena muerte. Ambas visualizan una muerte que todos podríamos pensar que puede ser la nuestra, que nos gustaría que pudiera ser la nuestra o la de las personas queridas.

## **El cuidado debe resultar aceptable**

La tercera idea que quiero compartir es la centralidad del cuidado, de lo que significa cuidar a los demás cuando están en situación de dependencia profundizando en lo que hace que la vida continúe, lo que hace que la vida sea posible. La idea clave del cuidado es que las obligaciones morales se desarrollan en la relación con los demás, no son algo impuesto desde fuera: es el encuentro entre seres humanos el que permite establecer los vínculos de responsabilidad necesarios para comprender al otro como alguien con unas necesidades singulares y, junto con él, decidir lo éticamente adecuado. En el cuidado lo esencial es el reconocimiento del otro, por ello la respuesta ética está siempre mediatizada por las personas concretas y sus necesidades, en contextos o situaciones concretas. Lo que hace que una atención sea buena y adecuada, lo que la hace ética, es que sea congruente con la experiencia de las personas involucradas, sea solidaria y reconozca las emociones subyacentes. El cuidado nos ayuda a vivir. Yo como enfermera tengo unos enormes argumentos centrados en el concepto de cuidado que me ayudan a tener más convicción, si cabe, para respetar la voluntad de las personas.

Jean Tronto dice que el cuidado es ocuparse de los demás. Para ello plantea cinco fases (las dos primeras enlazan directamente con la idea de sufrimiento evitable expresada anteriormente). Lo primero para Tronto es darse cuenta de que hay una necesidad no cubierta; segundo, hacerse cargo y tomar la responsabilidad de esa necesidad, tercero es ser competente para ello, tener conocimientos y saber qué es lo que hay que hacer; cuarto es que el cuidado satisfaga y responda a las necesidades de la persona, de forma que sea aceptable para ella. Y por quinta la reciprocidad; cuidamos de los demás esperando que en un futuro también nosotros seremos cuidados por otros.

## **Cuidado y relación de poder**

Pensemos un poco más las ideas de Tronto porque ocuparse de los demás puede hacerse sin considerar su voluntad. Tronto reflexiona acerca de las relaciones de poder que pueden establecerse cuando hay situaciones de dependencia, y que no son exclusivas de las relaciones sa-

nitarias, podemos pensar en relaciones entre padres-hijos, entre profesores-alumnos... La relación de poder surge cuando la persona que cuida impone la visión del cuidador aprovechando la dependencia. Por el contrario el cuidado es un marco ético que propone una forma de afrontar los problemas morales basada en asumir las responsabilidades interpersonales, desde la intersubjetividad. El cuidado considera que las relaciones entre personas, sea cual sea su situación, son relaciones de interdependencia y reciprocidad. Requiere acompañar, ponerse al lado de la persona y facilitar la acción que la persona precisa, con comprensión y compasión o empatía. Requiere reconocer que aprendemos a cuidar cuidando y que los mejores maestros en ello son las personas que reciben el cuidado. Al cuidar nos damos cuenta de que a veces, y eso es algo complicado para los profesionales de la salud en el tema que nos ocupa de la eutanasia, tenemos que hacer cosas que para nosotros mismos no quisiéramos, o tenemos que defender la opción de vida de una persona que quizá no sería la opción de vida que yo tomaría pero que, en tanto que enfermera, me siento éticamente obligada a hacerlo. De lo contrario estoy ejerciendo poder al someter a la persona a mi criterio personal, y si es así estoy dejando de cuidarla y pasando a regir, controlar su vida.

## **Conjugando sentimientos y razones**

Otra idea clara es que el cuidado conjuga sentimientos y razones. Es fundamental trabajar los miedos, los vínculos, las emociones..., no hay que dejarlos en el bolsillo. La persona que pide ayuda para morir no tiene que demostrar su competencia, ni expresar un razonamiento científico, ni cumplir no sé cuantos parámetros. La petición puede ser expresión de un sentimiento, de una vivencia y puede precisar ayuda para razonarla. Precisamente lo que nos hace ser seres humanos competentes es poder razonar sobre los sentimientos y las emociones, a la vez que dotar de sentimientos a las razones. Aunque con frecuencia se comete el error de centrar la competencia de la persona en su expresión de razones objetivas y su capacidad de controlar la emoción. Por eso la importancia del cuidado y del valor ético del cuidado, porque se puede vivir sin tratamientos pero no se puede vivir sin cuidados, esa es una idea buenísima porque cuidar, según decía Virginia Henderson, es hacer lo que la persona haría si tuviera fuerza, voluntad y/o conocimientos. Eso lo he aprendido en mi profesión.

## **¿Dónde poner el límite?**

Pues el límite se establece cuando la persona no tiene suficientemente claro qué es lo que quiere y hay que tratar de ayudarla para que pueda tomar decisiones, ya ayudándola

---

**El cuidado debe satisfacer las necesidades de la persona y debe hacerlo de forma que sea aceptable para ella**

a comprender mejor las consecuencias, conectándola con otros profesionales, ayudándola a hablar con su familia o seres queridos, a disponer del tiempo suficiente para pensar en los pros y contras de las decisiones a las que puede optar... es decir estableciendo relaciones de ayuda. Porque recordemos que cuidar, en definitiva, es tomar la responsabilidad sobre alguien que no puede hacer algo por sí mismo. No se trata de demostrar si es o no competente, sino de ayudarla a ser lo más competente posible.

Para Marian Barnes la dependencia va en aumento en la sociedad del siglo XXI, por tanto es una responsabilidad social repensar en cómo vamos a afrontar esas situaciones y reformular los criterios. Para ella, de acuerdo con Tronto, se trata de profundizar en las relaciones de reciprocidad y no en los grandes valores y principios, ni en los derechos. De alguna manera el cuidado sobrepasa los principios bioéticos, que son abstractos y generales. Para Barnes cuidar es satisfacer las necesidades de las personas en situación de dependencia, vulnerabilidad y fragilidad, una situación que se da en el de fin de vida, pero reconociéndolas en tanto que sujetos autónomos. Porque la dependencia, la fragilidad o la vulnerabilidad no privan a la persona de su capacidad de ser.

Así pues la tercera idea que he desarrollado es que la eutanasia puede entenderse como un cuidado; un cuidado de reciprocidad, de ponerse en el lugar del otro y ser capaz de ir un poco más allá incluso del propio miedo, un poco más allá de la propia experiencia para ayudar a la persona que lo necesita, tal y como ella quiere.

## Vencer la angustia de los profesionales

No me puedo olvidar, claro, de los profesionales, y con esta cuarta idea termino: el impacto que tiene en los profesionales que no se permita ayudar a las personas a morir cuando la vida se les haga insufrible. Se llama angustia moral, incerteza moral: es la experiencia que surge entre la conciencia de que uno debería hacer algo y la imposibilidad de hacerlo. Eso genera una ansiedad, una angustia moral muy importante. Los profesionales pueden vivir situaciones de ansiedad moral muy grande porque frente a la necesidad de la persona están atados de manos. A menudo ni siquiera pueden hablar de ello porque en los servicios no hay tiempo o falta la sensibilidad suficiente. El impacto personal de saber que podrías ayudar pero que si lo haces "te la juegas" es importantísimo y conlleva situaciones de incongruencia personal y profesional ya que el cuidado pivota sobre una decisión personal que no tiene un apoyo de equipo. Y ¿qué es lo que sucede cuando hay una situación de alto impacto personal? Sabemos que puede haber quien tenga mucha fuerza y se forme, luche y trate de actuar de acuerdo a su conciencia, pero sobre todo cuando las situaciones se multiplican —porque no es solamente una relación, no solamente hay un paciente y una familia sino que hay muchos— la mayoría de profesionales lo que hace es tratar de defenderse, echar un paso para atrás. Sin embargo la vivencia de no haber podido ayudar a la persona genera una experiencia muy negati-

va incluso culpabilidad y sentimientos de impotencia que merman la competencia profesional; se lo aseguro yo que trabajo con profesionales de cuidados paliativos.

## El papel del equipo

El cuidado al final de la vida no requiere la atención de una sola persona, de un solo profesional, requiere la atención de un grupo de profesionales que vayan todos a una: ir a la una significa tener un común moral. Pero cómo se puede tener un común moral si no se puede hablar de ello, si al hablar se hacen juicios de valor entre los profesionales: "No, si es fulanito; no, o menganita...". Ayudar a personas en la etapa final de la vida también es difícil para los profesionales, de alguna manera afrontan su propio final de vida, o recuerdan el de sus familiares o experiencias pasadas... No cabe duda que el equipo además de ofrecer una atención continua y congruente a la persona y familia es una fuente de ayuda para los profesionales, su soporte en las situaciones de conflicto. Cuando en los equipos en lugar de generarse sinergias se generan confrontaciones las dificultades se incrementan y condicionan contexto de trabajo que no es en absoluto el contexto de cuidados que quisiéramos.

Por tanto, la cuarta y última idea es que una posible despenalización de la ayuda a morir nos ayudaría también ser mejores profesionales porque seríamos más capaces de manejar nuestra propia angustia frente a la muerte al tener la posibilidad de llegar a acuerdos éticos que respondieran a las necesidades de las personas atendidas y a las necesidades de quienes les cuidan.

## Una ley que resuelva en lugar de evitar

Es importante que la norma legal no se base en tratar de que no pase aquello que no queremos que pase. Que no sea una norma que trate de poner muchas cortapisas y dificultades en previsión de algo que no queremos que pase. Entiendo que debe ser una norma legal que se centre en posibilitar una buena relación entre las personas que están en esa situación, sus familias y allegados y los profesionales que deben proporcionar la ayuda. Una norma cuyo objetivo sea generar un marco de cuidados que nos ayude a trabajar y a ser mejores.

Termino con las palabras de Ramón Bayés: "No se trata de preservar la vida a cualquier precio sino de aliviar en lo posible el sufrimiento evitable. Debemos tratar de conservar la vida que a juicio de la persona merezca la pena ser vivida".

---

**No hay que centrarse en las cortapisas sino en generar un marco de cuidados que ayude a trabajar y a ser mejores**



Un avance  
insuficiente

*“La tragedia  
no es desaparecer.  
Es no estar en nosotros  
mientras somos”.*

Rafa Sánchez

# Eutanasia: **libertad tutelada**

Fernando Marín\*

## La muerte voluntaria, una cosa de locos

**T**odas las leyes de eutanasia entrañan una contradicción: afirman que su fundamento es el respeto a la libertad de elegir el momento de la muerte, pero a la vez la restringen a unos supuestos y unos procedimientos que la propia ley –con más o menos acierto– determina.

Parfraseando el famoso microrrelato del dinosaurio, “cuando despertó, el tabú todavía estaba allí”, estorbando, haciéndonos más difícil el pensar la muerte (lo que no se habla, sólo se piensa en soledad). Su propia naturaleza, su irreversibilidad, la radicalidad de la decisión de morir. Otro obstáculo es que la idea de la sacralidad de la vida, de origen religioso (solo dios da y quita la vida), continua vigente en una cultura que cada vez es más

laica, pero que no sólo evita mirar a la muerte, sino que trata de comprender la disponibilidad de la propia vida con el prisma de la excepcionalidad.

Si socialmente ya nos cuesta pensar en la radicalidad de la muerte, su nada, acercarse a la muerte voluntaria es aún más difícil. La afirmación de que detrás del 90% de los suicidios existe una patología mental, cuando en realidad existe una relación causa efecto mucho más compleja que la que se da por supuesta, ha creado en el imaginario colectivo una idea distorsionada que asocia muerte voluntaria y locura, que contamina la reflexión sobre por qué morir y su aceptación. ¿Acaso no existe el suicidio lúcido de una persona con un trastorno mental? ¿Acaso no es la muerte la mejor opción posible para algunas personas jóvenes, “en la

\* Médico y Vicepresidente de la AFDMD.

flor de una vida" marcada por la tragedia de un sufrimiento psicológico que no encuentra alivio de ninguna manera conocida? ¿Y para las personas mayores que deseen despedirse de los suyos y morir? Sí lo es, pero eso da miedo, la vulnerabilidad del ser humano, la voluntad de morir ante el no futuro de algunas vidas jóvenes, nos provoca un escalofrío. Preferimos vivir el espejismo del pensamiento positivo y ese absurdo buenismo del todo se cura.

Más allá de las cifras, la comparación con los accidentes de tráfico, unos gráficos y mensajes superficiales que nos trasladan a "lugares comunes", como "el suicidio es un problema de salud pública", no existen discursos que profundicen en la decisión de morir. Por temor al efecto Werther (jóvenes potencialmente suicidas imitando a otro que se ha quitado la vida), existe un silencio que en los tiempos de Internet y de las redes sociales es absurdo. Adolescentes y jóvenes ya no leen periódicos, pero tienen en su mano millones de enlaces a páginas sobre cómo morir.

Quizá esta identificación, en el fondo no sea más que otra forma de huir y de esconder la muerte, el suicidio, etiquetándolo como un "asunto de personas que han perdido la chaveta", o sea, que ya no es "mi" problema, algo sobre lo que yo deba reflexionar, sino de la psiquiatría y las profesiones sanitarias, que ya encontrarán cómo solucionarlo.

## Contracultural si, contranatural no

La idea de que la muerte voluntaria es una conducta subversiva, contraria a la cultura dominante de vivir "hasta que dios quiera" o "hasta que el cuerpo aguante", todavía sigue ahí (como el dinosaurio). Una cultura, como decimos, sólo dispuesta a aceptar algunas excepciones, como la proximidad de la muerte (total, si ya se está muriendo, qué más da) o el deterioro grave de la vida (pobrecito Ramón Sampe dro), y siempre que la muerte esté medicalizada.

La muerte voluntaria es contracultural porque rompe con esas ideas dominantes, procurando que cada persona se apropie de su muerte y exija morir bien, cuando y como ella decida. El feminismo, la exigencia de igualdad de género, también es contracultural, como lo fueron la libertad de expresión, de conciencia, el divorcio, la planificación familiar, el aborto o el matrimonio igualitario. Avanzar en el respeto a los derechos humanos, incorporando el derecho a morir, es progreso.

Pero la muerte voluntaria no es contra natura. Siempre ha existido, ocultada o despreciada por la cultura. A lo largo de la historia el suicida ha sido vilipendiado públicamente, sus familiares castigados confiscando sus propiedades, su cadáver colgado de un puente o enterrado en un lugar diferente al de los demás mortales, para escarnio público y para que los demás no cayeran en la tentación de imitarlo. Pero siempre ha estado ahí. Corramos esa cortina de una vez y sepamos qué ocurre, qué se pasa por la cabeza de una persona que —se acerque o no de forma inevitable a la muerte— voluntariamente decide morir.



Para muchas personas vivir consiste en esperar la muerte

## Coherencia biográfica

Morir no es fácil. Cualquiera persona puede soportar un día más, una semana más, un mes más... Pero si quiere morir tiene que, primero, planearlo con tiempo y, segundo, que llegue el día en que diga ¡basta, llegó la hora de decir adiós! Es triste que, por culpa del Código Penal, muchas personas se vean obligadas a hacerlo en soledad y anticipadamente.

La vida biológica trata de perpetuarse a sí misma, pero el ser humano también tiene una vida espiritual, que es la capacidad de trascender más allá de su cuerpo y del instante presente. Junto a las cuestiones clásicas de la filosofía de quiénes somos, de dónde venimos y a dónde vamos, las personas se preguntan qué sentido tiene su propia vida. En 200 años la esperanza de vida se ha duplicado, en los países desarrollados la vida ya no es amenazada por el hambre, las epidemias, la guerra o las condiciones de trabajo. Sin embargo, cuando la vida es más segura que nunca, muchas personas no desean llegar al horizonte estadístico de los ochenta y tantos años, en malas condiciones físicas o psíquicas. Para ellas, vivir es mucho más que respirar, desean un proyecto vital en el que, hasta el final, al menos se intuya la felicidad. No sólo no basta con sobrevivir, sino que la vida misma se puede convertir en un mal si se desarrolla en condiciones de indignidad.

La ley de eutanasia se arma de fundamentos para, acto seguido, ignorarlos. Nos trata como a niños y niñas. En EEUU las razones para morir son: incapacidad para disfrutar de actividades satisfactorias, pérdida de autonomía y pérdida de dignidad. Las leyes se enfrentan al reto de



transformar esa experiencia de sinsentido, en un texto legal, con requisitos supuestamente objetivos. Pero se equivocan (mejor hubiera sido copiar el Código Penal: "graves padecimientos permanentes y difíciles de soportar"). Probablemente la mejor manera, quizá la única, de acercarse a la experiencia de no sentido de la vida, o de sufrimiento, de una persona que desea morir, sea a través del relato, de la poesía, del arte, del silencio. No se puede hacer un texto legal con silencio, pero sí con más respeto a la compleja naturaleza humana.

Estoy de acuerdo en que "el hombre es un ser en busca de sentido". Pero esa afirmación de postal, con un bellissimo paisaje soleado de fondo, de que "quién encuentra un para qué, soporta cualquier cómo", se torna en un panorama amenazador, que llega a ser horrible, cuando no existe un para qué. ¿Qué sentido tiene vivir con demencia, enajenado, vacío de uno mismo? Para mí, ninguno. No existe un para qué, es para nada, para morir, fastidiando a los demás. ¿Qué sentido tiene esperar a la Parca durante años cuando una persona mayor se siente ya harta, aburrida, hastiada de vivir?

La muerte voluntaria no es contra-natura, sino todo lo contrario, es el resultado de la exigencia de sentido. La posibilidad de renuncia, de dimisión de la vida no deseada, es una expresión de la libertad en su sentido más puro.

## Libertad vigilada

Regular las conductas eutanásicas es crear un marco que ineludiblemente deja fuera aquella parte de la realidad que no queda circunscrita dentro de los límites que, de

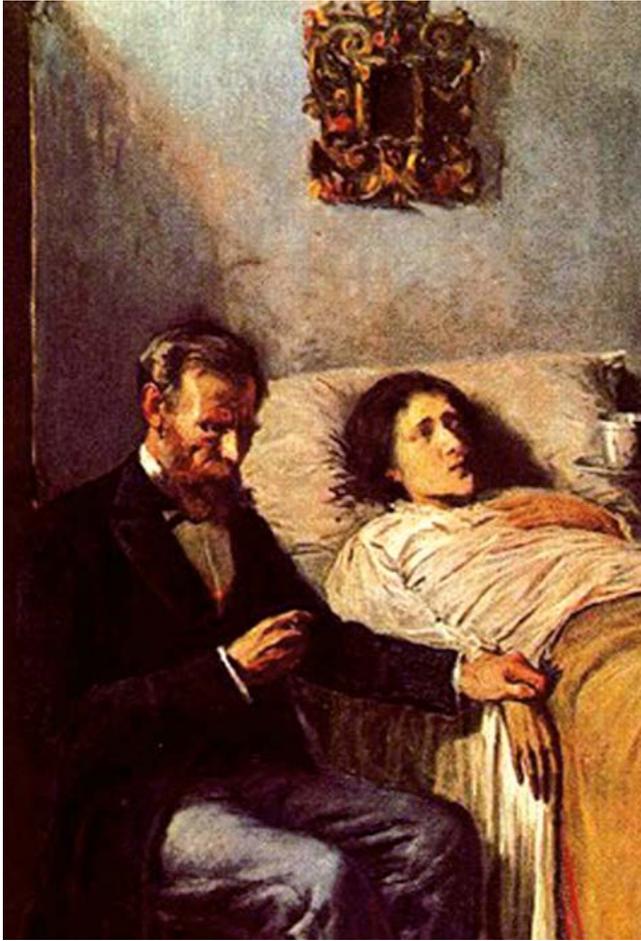
forma artificial, determina la ley. Si de verdad el objetivo fuera incorporar a nuestra cultura democrática el respeto a la disponibilidad de la propia vida, sin otro requisito que la libertad y la responsabilidad (dar razones y no perjudicar a los demás), cuantas más personas pudieran ejercer su derecho a morir, mejor sería la ley.

Según la exposición de motivos de la proposición de ley del PSOE, *"no basta simplemente con despenalizar las conductas que impliquen alguna forma de ayuda a la muerte de otra persona, aun cuando se produzca por expreso deseo de esta. Tal modificación legal dejaría a las personas desprotegidas respecto de su derecho a la vida que nuestro marco constitucional exige proteger."* La incongruencia es astronómica. ¿Por qué sólo en la eutanasia del enfermo terminal o con discapacidad grave y crónica con un sufrimiento insoportable no peligra su derecho a la vida y si en las que desean morir, pero no cumplen esos requisitos de la ley?

Está bastante claro que el derecho a la vida en ningún caso se puede convertir en la obligación de vivir, es decir, que el derecho a la vida nunca, jamás, entra en conflicto con el derecho a morir de una persona. Obviamente, la vida es el soporte de todo; sin vida, no queda nada. Pero el debate semántico sobre la inexistencia del derecho a morir, porque entonces ya no existe el sujeto titular de ese derecho, no me interesa; me da lo mismo sustituir la expresión derecho a morir por derecho a finalizar mi vida cuando y como yo decida.

Por mucho que les pese a algunos, yo puedo rechazar legalmente cualquier tratamiento, incluso cuando mi vida dependa del mismo. El ejemplo más claro sería la ventilación mecánica. En ese caso tengo derecho a morir, exigiendo que apaguen la máquina que me mantiene con vida. Si lo hago, consciente de que al darle al *off* mi muerte acontecerá en unos minutos, la ley no me exige, como sí hace la ley de eutanasia, que intervengan cuatro personas distintas, tres médicas y una jurista, antes de apagar esa dichosa máquina. Ciertamente, la regulación que se plantea es un avance, que resolvería lo que hemos llamado la paradoja de la suerte de la máquina, es decir, que Ramón Sampedro ya no tendría la "mala suerte" de no estar enchufado a una máquina para morir voluntariamente, pero ¿Qué pasa con los demás?

Treinta años después de la muerte de Ramón y dieciséis de las leyes en Holanda y Bélgica, la ley española debería recoger toda esa experiencia y mirar al futuro. A estas alturas, la *"valoración cualificada y externa a las personas solicitante y ejecutora, previa y posterior al acto eutanásico"* está fuera de lugar. Me parece muy bien que exista una valoración de las prácticas eutanásicas, pero no de la forma desproporcionada que impone la ley. ¿A qué vienen tantas pegas? ¿De dónde surge esa desconfianza? Si el control posterior funciona ¿Por qué aquí ponemos la venda antes que la herida? Tal y como se explicaba bien en el número anterior de la revista: *marca España*.



Ninguna ley lo hará un criminal

## Una libertad sospechosa

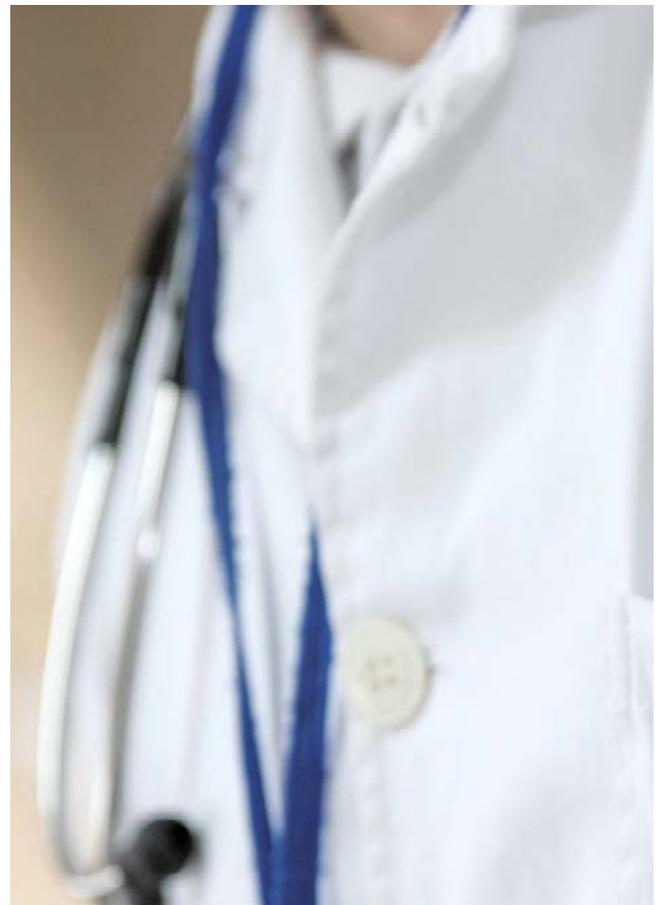
En ausencia de una cultura de la muerte voluntaria, la ley de eutanasia provoca consecuencias perversas, que consisten en sospechar en primer lugar de la libertad de la persona que desea morir, y como daño colateral, del médico que de mutuo acuerdo está dispuesto a ayudarla. Es penoso que una ley que nace para proteger un derecho individual se deje llevar por los derroteros de la propaganda contra la muerte voluntaria (la inexistente pendiente deslizante).

En esta proposición se huele el miedo a la libertad, a que las personas decidan morir. Ese miedo que explica que cuando un anciano con achaques muere súbitamente los demás comenten en el tanatorio, "¡Qué suerte ha tenido! Una muerte así la quiero yo para mí". Y sin embargo, si él mismo plantea a sus hijos –que también piensan en el "bendito infarto"– su voluntad de morir, éstos se lleven las manos a la cabeza y recurran al psiquiatra para que le coloque una etiqueta en la frente que diga "depresión", o sea, está mal de la cabeza, "no intentar comprender". ¿Qué nos pasa con la muerte voluntaria? ¿Cuántos de estos ancianos se ahorcarán o se tirarán por la ventana? Con esta ley, nunca lo sabremos.

El legislador transmite miedo. A la imitación, a que sea demasiado fácil morir. ¡Qué disparate! ¿Qué persona en sus cabales pedirá una muerte no deseada? Nadie. La sospecha, la idea de que morir sea una decisión impulsiva, no reflexiva, debida a un arrebato o a coacciones de terceras personas, no sólo es absurda, sino una falta de respeto a las personas que expresan su voluntad de morir y a la relación entre dos personas, profesional y paciente, que deliberan para dilucidar cuál es la opción menos mala.

**La ley transmite miedo a que sea demasiado fácil morir. ¡Qué disparate!**

La eutanasia se puede regular, con garantías, de otra manera. Tras la infamia de 2005 del gobierno del PP contra Luis Montes y compañeros del Hospital Severo Ochoa de Leganés, ¿Me puedo fiar de una comisión de control nombrada a dedo, por el mismo partido político, que todavía gobierna la Comunidad de Madrid? (Por cierto, sin haber reconocido sus errores, ni pedido perdón en ningún momento) Pues no, la ley no debería dejar en manos de las comunidades autónomas la posibilidad de boicotarla mediante el control previo. Ojalá que, si finalmente se aprueba, los ciudadanos no tengan que irse a morir a la región vecina, porque eso sería patético.



El médico: un actor, no el protagonista

## El médico no es el protagonista

Para morir en paz, los médicos no sólo son colaboradores necesarios (sólo ellos prescriben fármacos), sino también acompañantes cualificados para garantizar una toma de decisiones y un proceso deliberativo libre y sin coacciones (las enfermeras, si las dejaran, también lo serían). Sin duda, su papel es importante, pero no son los protagonistas de la muerte, de la eutanasia o del suicidio asistido. Situar al mismo nivel al médico que practica una eutanasia, con la persona que solicita ayuda para morir es un problema de enfoque grave. De la misma manera que el funcionario del registro civil, imprescindible para inscribir un matrimonio, no decide que dos personas se casen, el médico tampoco decide sobre la muerte de nadie.

Sin embargo, al médico también se le coloca la lupa encima como sospechoso de abusos. ¿En qué momento, por qué mecanismos, una médica o médico se convierte en homicida? No se me ocurre ninguno, mucho menos en el sistema público de salud. Pero, por la incapacidad de los legisladores para profundizar en el significado de la muerte voluntaria, la ley sospecha de "todo el que se menee".

Me parece muy bien que se evalúe la labor de los profesionales. DMD lleva años solicitando que se defina qué es una buena muerte, cómo mueren las personas en cada territorio del Estado y cómo alcanzamos esa buena muerte. Un observatorio de la muerte digna que evalúe todas y cada una de las muertes que se producen, no sólo por eutanasia, sino en todos los casos. El médico tendría que justificar la prescripción del pentobarbital, o cualquier otro fármaco eutanásico que se

utilice, con un informe, pero nada más (y nada menos). ¡Eso es apostar por la muerte digna! Sin sospechar de la eutanasia, ni esconderla tras una montaña burocrática.

## Los derechos no son un asunto de minorías

La regulación de la muerte voluntaria es un torpedo contra el tabú de la muerte. Con más o menos miedo, hablaremos de ella, de cada caso de eutanasia conocido, de cada informe de la comisión (el observatorio, que debería hacer pedagogía de los derechos, lo doy por perdido). Muchas más personas firmarán su testamento vital. Esta es la aportación que, desde 1984, el movimiento ciudadano por el derecho a morir hace a la sociedad.

En otros países, la eutanasia se practica en el 1 al 4% de los fallecimientos. Estamos hablando, en el Estado español, de 4 a 16 mil personas cada año. Son una minoría, pero no son pocas. Los beneficiados somos todos. Por ejemplo, el

derecho al matrimonio igualitario lo ejercen casi el 3% del total de bodas. ¿En qué beneficia a las personas que no se casan o al 97% que lo hace con una persona de distinto sexo? Cuanto más libre y más feliz se sienta la gente, mejor será la sociedad. Morir es una opción para todas las personas, por la que sólo optará una minoría, porque la libertad no se regala, se la gana cada persona durante cada día de su vida (coherencia biográfica). Pero tan sólo esa idea, la hipótesis de morir

cuando yo decida, disponer de una puerta de escape, una salida de emergencia, por si el final de la vida se hace insoportable, es para la inmensa mayoría una fuente de serenidad, que les devuelve el protagonismo hasta el final de su vida. En la muerte, dejemos de una vez de ser súbditos y seamos respetad@s como ciudadan@s.

---

**Apostar por la muerte digna y no sospechar de la eutanasia o esconderla tras una montaña burocrática**



# Doble llave al sepulcro de Hipócrates

Inmaculada Echevarría: la suerte de la máquina



## Ayudar a morir es un verdadero acto médico

Fernando Soler\*

*El concepto tradicional de la medicina como la lucha contra la enfermedad y la muerte ha sido superado en las sociedades avanzadas del siglo XXI. Reflexionar sobre ello es un tributo necesario a la figura de Luis Montes y el reconocimiento a su enorme contribución a la dignificación de la profesión y de la muerte.*

Comienzo por señalar que la participación de profesionales sanitarios, médicos en concreto, en la ayuda solicitada para morir no es consustancial al acto en sí. En realidad surge de la restricción que, hasta el momento, se somete al derecho a recibir esa ayuda. Es conocido que las legislaciones que han despenalizado la eutanasia o el suicidio asistido han circunscrito la permisión a la existencia de lo que se denomina *un contexto eutanásico*, caracterizado por la presencia de una enfermedad –mortal o no– que produce sufrimiento considerado intolerable por quien elige la muerte como mejor opción. Es la exigencia de estar en una situación de enfermedad lo que trae de la mano la participación médica, en este caso aplicando un procedimiento que, allí donde se ha legalizado, se considera un recurso de tratamiento, minoritario pero legítimo.

\* Médico.

Ninguna argumentación teórica sobre esta cuestión tiene tanto poder comunicativo como tiene el relato de una experiencia humana real. Por razones fáciles de comprender, de entre las muchas historias posibles he elegido la muerte de Sigmund Freud, padre del psicoanálisis y de la psiquiatría moderna.

## Una historia real

El 21 de septiembre de 1939, Sigmund Freud mantuvo una corta conversación con su médico de cabecera, amigo y compañero de exilio. La conversación fue, más o menos: “Max, amigo, ¿recuerdas nuestro acuerdo?, ¿tu promesa de no dejarme en la estacada cuando llegase el momento? Ese momento ha llegado. Ya es sólo una tortura. No tiene sentido”. Cuando Max respondió que no lo había olvidado y que estaba dispuesto a cumplirlo, Freud le dio las gracias y le pidió que lo hablara con Anna —su hija querida— antes de proceder.

Dieciséis años atrás le habían diagnosticado a Freud una *leucoplaquia* en el paladar. Una lesión benigna pero potencialmente malignizable, claramente relacionada con el humo directo del tabaco. Nuestro protagonista era un fumador empedernido de cigarros puros. A pesar de que se le aconsejó dejar el tabaco y lo intentó, no lo consiguió. La ansiedad de la abstinencia “le impedía prestar atención a sus pacientes” y optó por ellos. La lesión progresó hasta cáncer destructivo. Después de no menos de treinta actuaciones terapéuticas, quirúrgicas las más, la enfermedad descontrolada, con destrucción del maxilar, hizo necesaria una prótesis artificial para separar la cavidad oral de la nasal. Prótesis que le dificultaba enormemente el hablar. El deterioro de su calidad de vida era tal que se cuenta que incluso su perro aullaba en su presencia debido al mal olor de los tejidos necróticos.

Cumpliendo su acuerdo, su amigo y médico Max Schur le administró al menos 400 mg. de morfina en 24 horas y la muerte sucedió en la madrugada del 23 de septiembre de 1939.

Se trató, evidentemente de una eutanasia *sensu stricto*. No le faltó ningún requisito: enfermedad sin solución que provoca una verdadera tortura; decisión firme y meditada de poner fin a su vida; petición de ayuda médica para lograrlo; y administración de fármaco con la intención de causar esa muerte de modo pacífico. Sin embargo, si consultamos la Wikipedia, por ejemplo, encontramos que Freud recibió una *sedación terminal* de manos de su médico para ahorrarle el sufrimiento agónico. Se habría tratado pues de una muerte “natural” causada por su enfermedad.

Quienes rechazan que el acto fuera una eutanasia alegan que el tiempo transcurrido desde el inicio de la morfina y la muerte corresponde al de una sedación terminal. Una inyección letal es eficaz en minutos. No parece tener importancia el hecho de que en los años 30 del siglo XX ni existía siquiera el concepto de sedación terminal. Ni que la morfina no sea un buen fármaco eutanásico. Tampoco que desde bastante tiempo antes Freud había consumido cocaína para

---

## Nada justifica obligar a una persona a apurar hasta el final una vida sin el mínimo de calidad

controlar los dolores y desarrollado tolerancia a opiáceos. Las dosis administradas por Schur eran elevadas para un paciente normal, pero escasas para alguien acostumbrado a los opiáceos. De hecho, algunos testimonios apuntan a que la dosis definitiva tuvo que administrársela una joven médica, Josefina Stross, íntima amiga de Anna Freud.

De lo que no cabe ninguna duda es de que, dada la importancia de su figura, es fácil entender que existan personas e instituciones interesadas en mantener oculto el hecho e, incluso, en negarlo. Constituye un mal ejemplo.

## Algunas reflexiones sobre la muerte de Freud

La primera reflexión sobre el caso es la evidencia de cómo para algunas personas cuya capacidad intelectual y su autonomía no se cuestionan, es la vida y no la muerte lo que constituye un mal. Personas para quienes vivir es más doloroso que morir.

Ante esta realidad que todos, sanitarios o no, vivimos cada vez con más frecuencia, la pregunta que se impone no es si es moralmente aceptable dar una muerte rápida, segura, tranquila, indolora y acompañada a una persona que solicita morir porque la vida que le resta tiene como única perspectiva un sufrimiento inútil y la indignidad de tener que morir según pautas decididas por otros. La pregunta que a mi juicio hay que responder es cuál pueda ser la justificación para obligar a una persona, cuya vida ha perdido cualquier atisbo de calidad, a apurarla hasta el final o recurrir a un suicidio violento y en soledad si no quiere exponer a la cárcel a quien lo ayude a tener una muerte pacífica. Esta es la realidad jurídica con la que chocan cada día personas anónimas que no disponen de las posibilidades que tuvo Freud ni tampoco de la suma necesaria para obtener esa ayuda en Suiza.

Sólo la propiedad ajena de la vida podría —siquiera remotamente— justificar tal crueldad. Pero si la vida no nos pertenece a cada uno, la pregunta es ¿a quién pertenece pues? ¿A alguno de los dioses únicos y verdaderos? ¿Al estado? ¿A los jueces? ¿A los curas? ¿A los médicos?

Mi segunda reflexión trata de responder a la pregunta de si la acción del doctor Max Schur —y en su caso, la de Josefina Stross— debe ser aceptada y valorada como benéfica o rechazarse como impropia de un médico. Dicho de forma general: ayudar a morir —dar la muerte a quien lo solicita— es un acto propio o contrario a la esencia de la medicina?

## La oposición institucional

Para la opinión médica representada en las organizaciones corporativas colegiadas y sus códigos deontológicos la respuesta es clara: no sólo niegan el carácter de acto médico (acto propio de la medicina) sino que lo conside-

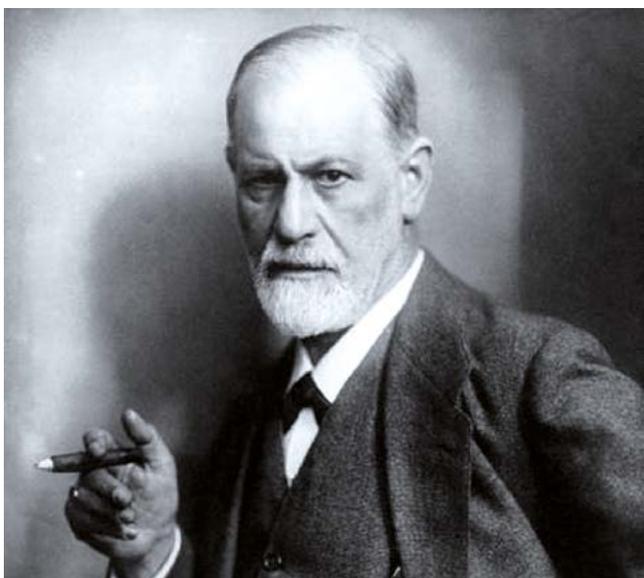
ran **contrario a la naturaleza de la medicina**. No por casualidad, también la jerarquía católica y su doctrina afirman que ayudar a morir a una persona es intrínsecamente contrario a la razón de ser de la medicina que es, a su juicio, preservar la vida. Por cierto, “desde la concepción, hasta su acabamiento natural”.

Para estas dos instituciones el objetivo de la medicina, su razón de ser, es **la lucha contra la enfermedad y la muerte**. Un objetivo que consideran inherente e inmutable; válido para todas las sociedades y todas las épocas.

En el caso de las organizaciones corporativas esta afirmación se ancla en la tradición médica occidental representada por el **Juramento hipocrático** por el que el médico se obligaba a buscar el bien de su paciente (principio de **beneficencia**) y a evitarle cualquier mal (principio de **no maleficencia**). Preservar la vida es en sí mismo un acto benéfico mientras que dar la muerte es la máxima maleficencia pues priva al paciente del mayor bien: la vida.

Para la jerarquía católica, esta función benefactora del médico emana directamente de la *ley divina o ley natural*. La prohibición divina “no matarás” es universal y no tiene matices ni excepciones. La petición del paciente o una situación vital lamentable es irrelevante respecto a la vigencia de la prohibición.

Como he dicho, esta coincidencia no es casual; tiene raíces históricas. Durante siglos, desde que Teodosio convirtió el cristianismo en la religión oficial y única de Roma, la jerarquía religiosa ha dictado la moral pública y el poder civil ha trasladado a las leyes como delito lo que la religión ha considerado pecado. De entre todas las escuelas médicas existentes, el poder religioso eligió como más acorde con la ley divina, la de tradición hipocrática. Fue determinante su rechazo a dar la muerte al paciente



Freud murió por eutanasia

(una opción común entre otras escuelas): “A nadie daré pócima mortal, aunque me lo pida. Ni pesario abortivo” dice el juramento. Un compromiso muy acorde con la moral cristiana. Siendo la vida el bien supremo tanto para el cristianismo como para la tradición médica hipocrática, mantenerla luchando contra la enfermedad se convierte así en el objetivo propio – inherente– de la medicina.

## Es la sociedad quien debe definir las funciones de la medicina

### La ruptura que trajo el siglo XX

Así se han mantenido las cosas hasta el siglo XX en que coincidieron dos procesos fundamentales: de un lado, la secularización de las sociedades que culminaría con la adopción de un código ético civil propio –la Declaración Universal de los Derechos Humanos– y del otro, el desarrollo espectacular de la ciencia y la tecnología médicas que permitió a los médicos influir verdaderamente en el curso de las enfermedades, desarrollando procedimientos y aparatos capaces de retrasar la muerte casi indefinidamente; hasta provocar el espejismo de que la muerte –el enemigo de la medicina y de los médicos– podría finalmente ser vencida.

De morir cuando Dios quería, a mediados de siglo se pasó a morir cuando el médico lo permitía. Al adquirir los médicos esa facultad, las personas empezaron a tener problemas con *la obligación* de la medicina. La situación llegó a ser de verdadero secuestro de la muerte en manos de unos médicos que parecían considerar éticamente admisible todo lo que era –¡por fin!– técnicamente posible.

### La reivindicación de la dignidad

Ante este estado de cosas, en EEUU tomó fuerza el movimiento *por el derecho a morir con dignidad* que llevó ante los tribunales de justicia a médicos empeñados en mantener *muertos vivientes* en la convicción que esa era su obligación deontológica. En Europa, algunos médicos holandeses desafían las leyes que penalizan las conductas eutanásicas y ayudan a morir, sin ocultarlo, a pacientes en situación de enorme sufrimiento y sin expectativas de curación. Son llevados ante los tribunales donde hacen valer que terminar con una vida no deseada por su titular, es una obligación del compromiso ético médico que les lleva a actuar en **estado de necesidad**. Son los jueces, de la mano de la organización médica holandesa los que establecen las condiciones y procedimientos que permiten la impunidad de la ayuda médica a morir en Holanda.

Frente a la afirmación de que la medicina tiene un único objetivo que resulta inmutable y válido para todos los tiempos y sociedades, la preservación de la vida, la realidad muestra que, sin abandonar el objetivo sanador, las sociedades a quienes sirve la medicina, convertida ya en Servicio Público, entran a decidir las funciones que la práctica de la medicina debe cumplir en cada sociedad concreta. La

## La medicina debe estar al servicio de la sociedad y no al revés

compatibles con el ejercicio de la medicina. La deontología, el código ético propio, se pliega necesariamente a las leyes comunes. Una afirmación que escandaliza todavía entre nosotros a las organizaciones corporativas médicas.

## La profesión cambia también

Pero no sólo desde fuera de la profesión se han ensanchado y profundizado los objetivos o fines de la medicina ni los principios éticos que deben inspirar su práctica. También desde dentro de la profesión médica se cambia de paradigma. Sin ánimo de ser exhaustivo es obligado citar la redefinición de **los principios bioéticos**, universalmente aceptados hoy en día, que hizo el **Informe Belmont** (1978) encargado por el Congreso de los EEUU para regular la práctica de los ensayos clínicos. A partir de este informe se ampliaron los principios en que debe sustentarse la práctica de la medicina y a los clásicos de **beneficencia y no maleficencia**, que configuraron durante siglos una relación médico-paciente vertical y paternalista en que las decisiones correspondían al médico dejando al paciente como mero objeto de su quehacer, se añadieron dos nuevos principios acordes con la evolución de las sociedades modernas y democráticas: el principio de **autonomía** de los pacientes y el de **justicia** que debe hacer compatible el interés particular y el social, además de garantizar un trato igual a quienes están en la misma situación.

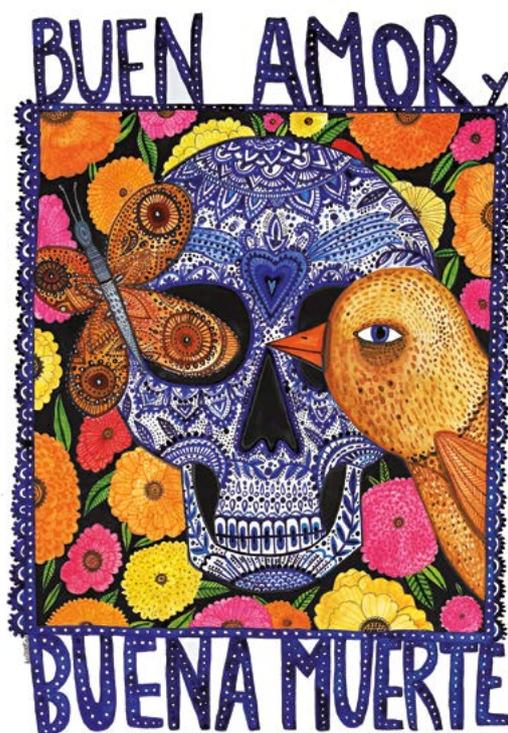
Especialmente la irrupción del respeto a la autonomía de las decisiones del paciente supuso el fin del modelo hipocrático. De la relación paternalista clásica se pasó a otra igualitaria en la que a médico y paciente se les reconoce la misma dignidad, por lo que ninguna actuación –por beneficiante que se considere– puede llevarse a efecto sin el previo consentimiento informado del paciente, al que se le vino a reconocer así el control sobre su propio cuerpo y su privacidad.

## La Bioética y las leyes

Estos cuatro principios fundamentales, que cuentan con una total aceptación entre la minoría médica que se ocupa por cuestiones éticas, se han trasladado paulatinamente a las legislaciones sanitarias de occidente. En España, por la ley General de Sanidad, de 1986. En el conjunto de Europa por el **Convenio Europeo para la garantía de los Derechos Humanos en las aplicaciones de la Biología y la Medicina** de 1997. Con medio siglo de retraso las leyes decretaron por fin que la práctica de la medicina debía ajustarse al código ético común: los Derechos Humanos.

Obligado es citar también el **estudio sobre los fines de la medicina** coordinado por el **Hastings Center de New**

existencia de países que han despenalizado conductas eutanásicas bajo ciertas condiciones, pone en evidencia que en las sociedades actuales son las leyes comunes y no la deontología las que establecen qué conductas son



Bona mort. Ilustración de Berta Artigal ([www.berartaigal.com](http://www.berartaigal.com))

**York**, prestigioso centro de estudios bioéticos, con la participación de 14 países durante cuatro años que, a principio de los noventa negó que los fines y los valores tradicionales de la medicina fueran inamovibles. De hecho, recordó que el deber tradicional de la sanación no debe hacer olvidar la obligación del cuidado, muy especialmente el alivio del dolor y el sufrimiento, ni que la prevención es también una forma, más eficaz incluso, de evitar la enfermedad y, lo que es más importante: que la medicina no tiene la misión de impedir la muerte en general –un hecho natural e ineludible– sino **la muerte prematura** y, en todo caso, es una obligación del mismo rango que tratar la enfermedad **garantizar una muerte en paz**. No hubo acuerdo sobre la aceptación de la eutanasia; la mitad de participantes se mostró a favor y la otra mitad en contra.

## En conclusión

Termino afirmando que la acción médica debe estar al servicio de la sociedad y no al contrario y que, a la luz de los principios enunciados, una medicina compasiva (em-pática si se prefiere) y respetuosa con la libre autonomía, base de la dignidad individual de la persona enferma, no puede arrogarse el derecho a decidir lo que es bueno para otra persona.

En el siglo XXI, progresivamente liberados de ataduras morales de naturaleza religiosa, proporcionar una muerte rápida, indolora, segura y acompañada a quien lo solicita lúcidamente porque su vida ha dejado irremediadamente de ser un bien, es un acto beneficiante y no maleficente, respetuoso con la autonomía y justo, porque no discrimina voluntades y ayuda a vivir a quien quiere vivir y a morir a quien opta por morir.

Estoy seguro de que, independientemente de la decisión sobre nuestra propia vida que adoptemos llegado el momento, todos querríamos tener a nuestro lado a un médico como el que tuvo Sigmund Freud.



Corte de Svendborg: freno al avance en Dinamarca

## Panorama internacional

# Duros reveses para la ayuda médica a morir

El poder de la organización médica se impone mientras la voluntad popular, mayoritariamente a favor de la eutanasia, se muestra remisa a la hora de reclamar un cambio legislativo

**E**n Dinamarca, dos médicos jubilados han sido procesados y acaban de ser condenados a 40 y 14 días de cárcel condicional, respectivamente, por tres casos de suicidio asistido, que en ese país es un delito que se castiga con hasta tres años de cárcel. Tanto la fiscalía como el principal imputado, Svend Lings, socio fundador de la pequeña pero muy militante asociación "Médicos por la Ayuda Activa a Morir", piensan recurrir la sentencia.

La denuncia se presentó en febrero del 2017, por el Consejo de Seguridad del Paciente a raíz de un programa de radio en el que Svend Lings reveló que desde hacía años asesoraba, por teléfono y en persona, a enfermos terminales que deseaban poner fin a sus vidas, sobre medicamentos y maneras de proceder para tener una muerte se-

\* Sociactivista del Grupo de Internacional de DMD.



La organización médica planea expulsar a Svend Lings

gura en el momento elegido por el enfermo. En la página web de la asociación se encuentra un link a la relación de esos medicamentos, todos sujetos a prescripción médica, así como consejos para su correcto uso.

---

### **La información sobre métodos seguros para morir es legal en Dinamarca pero el asesoramiento no lo es**

interrumpir, por ahora, sus actividades y a través de los medios pide disculpas por ello a las personas que necesitarían de su ayuda. Está inhabilitado y el Colegio de Médicos está considerando su expulsión. Svend Lings señala que sería el primer caso de expulsión después de la Segunda Guerra Mundial, a pesar de que entre los colegiados se encuentran médicos condenados por abuso de pacientes, pedofilia, homicidios y otros delitos muy graves.

Pero esta condena no es el único revés sufrido últimamente por este combativo médico danés. En el mes de mayo de

A pesar del aluvión de críticas por parte del Colegio de Médicos, la Comisión Bio-Ética y otros, esa información ha sido declarada legal. No así el llevar a la práctica el asesoramiento, por lo que Svend Lings se ve obligado a

---

### **Tras ser Inhabilitado para ejercer por el Colegio de Médicos, Svend Lings se ha visto obligado a interrumpir la ayuda para morir**

este año, puso en marcha una Iniciativa Legislativa Popular (ILP) con el título "Ayuda Activa a Morir. Una propuesta de cambio del Código Penal". A pesar de que más de un 70% de la población danesa (de unos 5.750.000 habitantes) se declara a favor de la eutanasia, cuando se cerró el plazo para la ILP a los seis meses, tan solo se habían conseguido unas 8.300 firmas de las 50.000 necesarias para llevar el debate al Parlamento. Una muy interesante comparación

se puede hacer con lo que ocurrió en Finlandia –con una población algo menor que Dinamarca– a finales de 2016, cuando en menos de dos meses se reunieron 63.000 firmas en una ILP con el mismo fin. Sin embargo, a pesar de no existir impedimento jurídico alguno para legislar sobre la eutanasia en Finlandia y de que un 85% de la población finlandesa se había declarado a favor de una legislación, después de un vivo debate parlamentario, en junio de 2018 la cámara descartó la iniciativa por 128 votos contra 60 y el único resultado fue la creación de una comisión para el estudio de los derechos del paciente al final de la vida y de los cuidados paliativos.

---

### **Aunque el 85% de finlandeses votó a favor de legislar sobre la eutanasia, el Parlamento rechazó hacerlo**

# Asociaciones

## médicas:

# ¿se resquebraja el monolitismo?

El poder fáctico de las organizaciones médicas empieza a ser cuestionado desde dentro por algunas voces críticas, todavía minoritarias, que ponen las decisiones sobre el final de vida en manos de la sociedad

Loren Arseguet\*

*Una de las revistas médicas de referencia, el British Medical Journal (BMJ) ha tratado con frecuencia el tema de la muerte médicamente asistida en los últimos 15 años, constituyéndose en una plataforma que acoge de manera muy amplia un debate que “está presente tanto entre los médicos como en la sociedad misma”.*

En un importante editorial de febrero de 2018<sup>13</sup>, la revista expuso su posición según la cual la “legalización de la ayuda médica a morir tiene que ser una decisión de la sociedad y de los parlamentos”, e hizo hincapié en el divorcio existente entre la ciudadanía y las grandes organizaciones médicas sobre este tema. Por ejemplo, en Estados Unidos, “a pesar de que 58 millones de estadounidenses viven en Estados donde el suicidio asistido es legal” – y de que el 80% de la ciudadanía apoya la ayuda médica a morir según las encuestas– “las posiciones de las organizaciones médicas han estado durante mucho tiempo en total ruptura con la ciudadanía”. Las organizaciones profesionales de médicos la rechazan como contraria a los códigos deontológicos de la medicina hipocrática que defienden.

\* Secretaria de la AFDMD y responsable del Grupo de Internacional.  
13 <https://www.bmj.com/content/360/bmj.k593>

El editorial del BMJ, a partir de la constatación de que “*las actitudes sociales y médicas están cambiando*” concluía con un llamamiento a las organizaciones profesionales a realizar encuestas entre sus miembros –dejando así entender de hecho que el monolitismo ya no existía– y a adoptar una “*actitud neutral para favorecer un debate público abierto e informado*”.

En consonancia con esta voluntad de apertura, a nivel internacional varios hechos recientes permiten afirmar que el debate se abre paso poco a poco y que el monolitismo de las grandes organizaciones médicas en relación con la ayuda médica a morir se empieza a resquebrajar.

### Hacia una “neutralidad comprometida”

En junio de 2016, la Academia Americana de Cuidados Paliativos adoptó una posición de “estudiada neutralidad” respecto a la ayuda médica a morir<sup>14</sup>, lo que significa que “*respetar el hecho de que hay diferencias irreductibles entre las profundas creencias y los valores profesados por el público y los profesionales*”, lo que lleva la Academia a dejar “*un espacio abierto para los debates*”.

Más recientemente, a principios del mes de octubre pasado, se celebró el congreso de la AAFP (*American Academy of Family Physicians*), la Academia Americana de Médicos de Familia, una de las asociaciones más importantes dentro de la AMA (Asociación Médica Americana), ya que cuenta con casi 246.000 miembros (según su página web). Rompiendo con el férreo código ético de la medicina hipocrática promovido por la AMA, el congreso de la AAFP acordó adoptar –con una mayoría superior a los 2/3 necesarios para adoptar una posición discrepante con la que mantiene la AMA– una posición de “*neutralidad comprometida*” (“*engaged neutrality*” en inglés) con respecto a la ayuda médica a morir, considerada como “*una decisión personal al final de la vida en el contexto de la relación médico-paciente*”<sup>15</sup>. La asociación recomendaba que se hiciese referencia al procedimiento como “*ayuda médica a morir*” en lugar de “*suicidio asistido por un médico*”, dado la connotación negativa de la expresión.

<sup>14</sup> <http://aahpm.org/positions/pad>

<sup>15</sup> <https://www.aafp.org/news/2018-congress-fmx/20181010cod-hops.html>



Muerte asistida. ¿Por qué la profesión está tan alejada de la sociedad?

¿Qué es la “*neutralidad comprometida*” y cómo se puede aplicar este concepto a la medicina? Esta noción se desarrolló durante la Guerra Fría. A partir de 1975, los estados neutrales ofrecieron mediación y buenos oficios y lucharon contra el estancamiento de la política de distensión entre los bloques. Entendida así, la neutralidad consiste en comprometerse y actuar para favorecer el encuentro y el debate pacífico entre partes enfrentadas. Aplicado a la posición de las organizaciones médicas sobre la ayuda médica a morir, este concepto supone reconocer que tanto el mundo médico como la sociedad son plurales e implica aceptar abrir el debate.

*“Cambiar nuestra posición hacia la “neutralidad comprometida” muestra que nuestros miembros pueden estar en desacuerdo con respecto a la asistencia médica para morir, pero están de acuerdo con nuestro papel de apoyo a nuestros pacientes, sin importar qué tipo de atención escojan al final de la vida”,* comenta un delegado. Lejos de alentar una ruptura con la AMA, la AAFP expresa la voluntad de propiciar un debate más profundo en todas las instancias de la asociación nacional en el seno de la cual promoverá la sustitución del rechazo hacia la ayuda médica a morir hasta ahora imperante por la “neutralidad comprometida”, más acorde a la evolución de la sociedad.

Durante los últimos decenios, la opinión pública se ha pronunciado de manera cada vez más positiva a favor de la ayuda médica a morir, consciente de que los progresos técnicos realizados por la medicina y las mejores condiciones de vida habían provocado un alargamiento de la esperanza de vida pero también que la excesiva medicalización del final de la vida había creado en demasiados casos condiciones reñidas con la autonomía y la dignidad de la persona humana. Una encuesta realizada por la publicación *The Economist* en 2015 sobre la aceptación de la eutanasia y el suicidio asistido por la ciudadanía de 15 países<sup>16</sup> dio cuenta de una opinión pública muy mayoritariamente favorable a la ayuda médica a morir en caso de enfermedad terminal y petición reiterada de parte del paciente, o en caso de sufrimiento físico imposible de aliviar aunque no hubiese situación de terminalidad. Esta encuesta ponía en evidencia el divorcio entre la población y los políticos, reacios a despenalizar y regular la ayuda médica a morir en muchos países. Pero existía también el divorcio entre las organizaciones médicas y la ciudadanía: las primeras, defendiendo la concepción hipocrática de la medicina, se oponían de manera tajante a la intervención del médico en procesos de ayuda a morir, mientras la segunda reclamaba con cada vez más fuerza el derecho a recibir ayuda médica para no prolongar situaciones de agonía acompañadas de sufrimientos imposibles de aliviar, o poder poner fin a situaciones de deterioro sin cura o mejoría posible.

Los médicos de familia son, sin ninguna duda, los médicos más cercanos a los pacientes y por ende más permeables a los cambios sociales. *“A través de su relación continua con los pacientes, los médicos de familia están bien situados para aconsejarles sobre los cuidados al final de la vida, y están comprometidos en crear un cambio”,* declaró en el congreso el presidente de la AAFP. Varios médicos refirieron su experiencia en procesos de asistencia a pacientes terminales. *“Tenemos que entender el poder de los médicos de familia”,* dijo un delegado. *“Tenemos un papel ético y personal en la vida de nuestros pacientes. No podemos oponernos a algo que algunas personas piensan que es valioso. Pienso que tenemos que ser más neutrales sobre un tema tan difícil”.*

<sup>16</sup> Revista DMD n.70/2015 pp.29-31: en este artículo se analiza en detalle los resultados de la encuesta.

## Contradicciones en seno de la Asociación Médica Americana

En el mes de junio pasado, el Consejo de Asuntos Éticos y Judiciales (CEJA) de la AMA presentó un informe<sup>17</sup> que recomendaba mantener la oposición a la asistencia médica para morir en el Código de Ética Médica de la asociación. A pesar de su recomendación final, dicho informe, fruto de 2 años de trabajo del Consejo, deja entrever la dificultad de mantener hoy en día la posición de rechazo total a la ayuda médica a morir, y contiene varios puntos interesantes:

► Reconoce que la expresión “suicidio asistido”, usada principalmente por los que se oponen a esta práctica, tiene una connotación esencialmente negativa en comparación con la expresión “ayuda a morir”. Reconoce que la segunda *“evoca el compromiso médico de apoyo y socorro”* y que *“escoger un término en lugar de otro puede tener múltiples connotaciones, no siempre deseadas”*... Sin embargo recomienda finalmente la expresión “suicidio médicamente asistido” por más *“descriptiva”*.

---

**El alargamiento de la vida y la excesiva medicalización de su final son causa en demasiados casos de situaciones reñidas con la autonomía y la dignidad de las personas**

► En un apartado titulado *“Terreno común”*, afirma que *“detrás de las perspectivas aparentemente irreconciliables que ocupan un lugar destacado tanto en el debate público como en el profesional sobre la emisión de una receta para proporcionar a los pacientes los medios para poner fin a su vida si así lo desean, el Consejo percibe una visión profunda y ampliamente compartida de lo que importa en el final de la vida”*<sup>18</sup>. Una visión que se caracteriza por la esperanza de una muerte que preserve la dignidad, el valor sagrado de la atención a un paciente al final de la vida, el reconocimiento del alivio del sufrimiento como el objetivo más profundo de la medicina, y la participación plenamente voluntaria tanto del paciente como del médico en las decisiones sobre cómo abordar el final de la vida”. Ya no se demoniza a los profesionales que apoyan o practican la ayuda médica a morir, se les reconoce la misma solvencia ética y tienen su sitio en la asociación: *“Ambos grupos de médicos basan su visión de la práctica ética en el primero de los Principios de Medicina Ética de la AMA: “un médico debe proporcionar atención médica competente, con compasión y respeto por la dignidad y los derechos humanos”.*

<sup>17</sup> <https://www.ama-assn.org/sites/default/files/media-browser/public/hod/a18-ceja5.pdf>

<sup>18</sup> Las negritas son nuestras.

► Cita la sentencia del Tribunal Supremo de Canadá que instó al gobierno de ese país a regular la ayuda médica a morir, la suscribe y acepta que *“ni los que apoyan firmemente ni los que se oponen a ella (la ayuda médica a morir) tienen el monopolio de la integridad o de una preocupación genuina por el bienestar de las personas que enfrentan el final de la vida”*.

Pero asumir un cambio de postura era difícil. El informe mantiene un rechazo numantino y bastante surrealista en relación con el análisis anterior ya que concluye que, en los países que han regulado la muerte médicamente asistida *“la evidencia (por muy sólida que sea) de que aún no ha habido consecuencias adversas no puede garantizar que tales consecuencias no se produzcan en el futuro”*. Evocando las posibles *“consecuencias adversas para los pacientes, la profesión médica y la sociedad en general”*, recomienda finalmente no modificar el Código de Ética de la AMA que reza: *“El suicidio asistido por un médico es fundamentalmente incompatible con el papel del médico como sanador, sería difícil o imposible de controlar y plantearía graves riesgos para la sociedad”*.

Este informe fue finalmente devuelto, con el 56% de los votos emitido, al Consejo para Asuntos Éticos y Judiciales por la Cámara de delegados para que siga trabajando en ello.

## Asamblea conflictiva de la WMA (Asociación Médica Mundial)

La WMA (*World Medical Association* en inglés), es la federación mundial de organizaciones de médicos y reúne a 114 organizaciones médicas nacionales. Se creó en 1947, y se centra según sus estatutos en promover a nivel mundial la accesibilidad y la calidad de la atención médica mediante el desarrollo de normas y directrices internacionales en el campo de la salud, la formación de los médicos, la ciencia médica y la ética médica. Celebró su última Asamblea General en Reikiavik (Islandia) del 23 al 26 de octubre pasado.

El código deontológico de la WFA proclama que tanto la eutanasia como el suicidio médicamente asistido son *“contrarios a la ética”*. Sin embargo, en 2015, la KNMG, la asociación médica holandesa –país donde la eutanasia está regulada desde 2002– entró en el Consejo de la WFA, la instancia dirigente de la asociación, con la firme intención de influir en las decisiones, en particular en el ámbito ético.

Para preparar la última Asamblea General de octubre 2018 en Reikiavik, el Comité de Ética Médica de la WMA lanzó un debate en toda la organización sobre las cuestiones vinculadas con el final de la vida. Se organizaron reuniones regionales en América Latina, Europa, África y Asia. Un hecho sin dudas significativo es que la conferencia europea se organizase en el Vaticano, conjuntamente con la Academia Pontificia para la Vida, y que se abriese con la lectura de un mensaje del Papa Francisco. Esas reuniones

## En España, algunos Colegios de Médicos empiezan a desmarcarse de la posición oficial contraria a la eutanasia

Tuvieron que retirarla por falta de apoyo. El presidente de KNMG, René Héman, en la página web de su asociación<sup>19</sup>, evoca la *“dificultad”* encontrada para abordar la temática del final de la vida en la Asamblea General de la WMA y el apasionamiento de la discusión. Llega a preguntarse si la KNMG puede *“seguir siendo miembro de una organización que condena moralmente a los médicos holandeses”*. Define como finalidad de su presencia en el Consejo de la asociación el acabar con el dogmatismo reinante y *“adaptar la resolución sobre la eutanasia para que deje espacio a diferentes puntos de vistas”*. *“No buscamos convencer a otros países”*, añade. *“Lo único que queremos es ser tratados con respeto. [...] Quiero que nuestros colegas nos tomen en serio, a nosotros médicos holandeses”*.

Obviamente, holandeses y canadienses no consiguieron mover ni un ápice la posición oficial de la WMA, pero en un contexto en el cual la ciudadanía de muchos países reivindica la posibilidad de recurrir a la ayuda médica para morir, la organización médica mundial tendrá difícil continuar silenciando este debate entre sus miembros.

## ¿Y en España?

El desfase entre organizaciones médicas y ciudadanía constatado por el BMJ en el mundo anglosajón existe en la mayoría de los países occidentales. En nuestro país, la empresa IPSOS<sup>20</sup>, en su “Barómetro sobre Neurociencia y Sociedad” hecho público el 5 de noviembre pasado, constata que *“el 85% de los españoles [están] a favor de regularizar la eutanasia”*. En el mismo momento, la OMC (Organización Médica Colegial) reafirma reiteradamente su oposición a la ayuda médica a morir tal como lo expresa en su código deontológico: *“El médico nunca provocará intencionadamente la muerte de ningún paciente, ni siquiera en caso de petición expresa de éste”*.

Sin embargo las cosas se están moviendo en el mundo médico en España. Lo más llamativo es sin dudas el informe titulado *“Eutanasia y suicidio médicamente asistido”*<sup>21</sup>, en el que el Colegio de Médicos de Vizcaya recoge los resultados de una encuesta realizada entre sus colegiados con

<sup>19</sup> <https://www.knmg.nl/actualiteit-opinie/columns/column/internationale-euthanasiediscussie-graag-met-respect-1.htm?platform=hootsuite>

<sup>20</sup> <https://www.ipsos.com/es-es/el-85-de-los-espanoles-favor-de-regularizar-la-eutanasia>

<sup>21</sup> <https://www.cmb.eus/informe-encuesta-eutanasia-y-suicidio-medicamente-asistido-del-cmb>

la finalidad de *"poder adoptar una postura clara como Colegio"*. Partiendo de la necesidad de tratar de forma diferenciada *"por ser diferentes"*, los cuidados paliativos por una parte y la eutanasia y el suicidio médicamente asistido por otra, y de la constatación del apoyo creciente expresado por la ciudadanía a la ayuda médica a morir, surge la necesidad de conocer lo que opinan colegiados y colegiadas. Las conclusiones del informe son que *"una amplia mayoría de las médicas y los médicos de Bizkaia creen que se deben regular por ley la eutanasia y el suicidio médicamente asistido"*. Muy significativamente, los resultados de la encuesta ponen en evidencia que *"el relevo generacional que está experimentando la profesión médica ha propiciado un cambio de postura en lo que se refiere a la opinión de los médicos y médicas sobre la regulación de la eutanasia y el suicidio médicamente asistido frente a posturas más conservadoras que servían como referencia pero que van dejando de tener validez en la actualidad"* y permiten afirmar que *"un número significativo de médicas y médicos de Bizkaia estarían dispuesto a practicar la eutanasia o el suicidio médicamente asistido"*.

Otro dato: a finales de octubre pasado, el Grupo de Ética de la Sociedad Catalana de Medicina Familiar y Comunitaria (CAMFIC), en respuesta al proyecto de ley de eutanasia promovido por el PSOE en el Parlamento español y a petición de la Junta Directiva de la Sociedad, elaboró un "Documento de posicionamiento sobre el derecho de las personas a decidir sobre su final"<sup>22</sup> en el cual declara: *"Dentro del grupo es casi unánime la posición favorable a introducir en el ordenamiento jurídico la posibilidad*

*de que las personas puedan acabar voluntariamente con su vida (una fórmula puede ser, como en otros países, la despenalización o la legalización de la eutanasia y el suicidio asistido). Esta posición mayoritaria basa su razonamiento ético en el derecho de las personas a disponer de su vida de forma autónoma"*. Constata a continuación que esta posición y la de la minoría que considera la eutanasia y el suicidio asistido como inaceptables son irreconciliables, y añade: *"En una sociedad plural que, además, parece que mayoritariamente está a favor de la despenalización/legalización de la eutanasia y el suicidio asistido, es más que probable que se llegue a la solución de despenalizar/legalizar estas actuaciones en beneficio (y sin perjuicio para la postura contraria) de aquellos que las consideran prácticas moralmente correcta."*

Como decía el editorial del BMJ, *"las actitudes sociales y médicas están cambiando"*, y esto se manifiesta, con más o menos intensidad, en muchos países. Las organizaciones profesionales de médicos de los países occidentales están inmersas en sociedades donde los ciudadanos reivindican con fuerza poder ejercer su autonomía al final de la vida, y reclaman ayuda y apoyo de parte de los médicos. Esperemos que esta actitud profesional respetuosa de la autonomía de la persona y de los principios de la democracia pluralista se abra paso cada vez más entre las organizaciones médicas.

<sup>22</sup> <https://ecamfic.wordpress.com/2018/10/29/posicionamiento-del-grupo-de-etica-de-la-camfic-sobre-la-proposicion-de-ley-para-la-regulacion-de-la-eutanasia/>

## Organizaciones médicas y ayuda médica a morir

### Código Ético de la WMA- Asociación Médica Mundial

**"La eutanasia**, es decir poner fin deliberadamente a la vida de un paciente, incluso a petición suya o de sus familiares, **es contraria a la ética**. Esto no impide que el médico respete la voluntad del paciente de dejar el proceso natural de la muerte seguir su curso en la fase terminal de la enfermedad".

*(Código ético de la WMA. Asamblea General de 1987)*

**"El suicidio médicamente asistido** es, como la eutanasia, **contrario a la ética** y la profesión médica lo debe condenar. El médico que, de manera intencionada y deliberada, ayuda a una persona a poner fin a su propia vida, actúa contrariamente a la ética. Sin embargo, el derecho a rechazar un tratamiento médico es un derecho fundamental del paciente, y el médico no actúa contrariamente a la ética incluso en los casos en los que el respeto de este deseo acarrea la muerte".

*(Código ético de la WMA. Adoptado en la Asamblea General de 1992)*

### Resolución de la WMA- Asociación Médica Mundial sobre la eutanasia

"La Asociación Médica Mundial reafirma vigorosamente que la eutanasia va en contra de los principios éticos básicos que guían la práctica médica y anima a todas las Asociaciones Médicas Nacionales y a los médicos a negarse a participar en un acto eutanásico, aunque la ley nacional lo autorice o descriminalice en ciertas situaciones."

*(Resolución adoptada en la 53ª Asamblea en octubre 2002 y reafirmada en la 194ª Sesión del Consejo en abril 2013)*

### Código Ético de la AMA- Asociación Médica Americana

Permitir que los médicos se impliquen en procedimientos de suicidio asistido causaría, en última instancia, más daño que bien. El suicidio asistido por un médico es fundamentalmente incompatible con el papel del médico como sanador, sería difícil o imposible de controlar y plantearía graves riesgos para la sociedad.

### Código Ético de la OMC- Organización Médica Colegial (España)

El médico nunca provocará intencionadamente la muerte de ningún paciente, ni siquiera en caso de petición expresa de éste. (art.36.3). El suicidio asistido por un médico es fundamentalmente incompatible con el papel del médico como sanador, sería difícil o imposible de controlar y plantearía graves riesgos para la sociedad.

# Por el derecho a una muerte digna *¡Asóciate!*

## Asociándote a DMD apoyas:

- La libertad, la autonomía personal y **el derecho a decidir sobre el final de la propia vida**
- Promover que la **buena muerte** se convierta en un **derecho humano**
- La **despenalización de la eutanasia** y el suicidio asistido
- El **asesoramiento gratuito** sobre derechos sanitarios y toma de decisiones al final de la vida
- **Superar el tabú de la muerte** a través de información y actividades (*pedagogía de la buena muerte*), para fomentar que **la ciudadanía tome sus propias decisiones con libertad**

Si decides apoyar a DMD **te mantendremos informado** sobre novedades y actividades a través de boletines y la revista. Además **puedes recibir a asesoramiento médico especializado** para la toma de decisiones al final de la vida y pasados tres meses de antigüedad puedes solicitar la guía de muerte voluntaria.

## Contacta con el grupo más cercano

### DMD FEDERAL

✉ [informacion@derechoamorrir.org](mailto:informacion@derechoamorrir.org)  
☎ 91 369 17 46  
Puerta del Sol 6, 3º IZDA | 28013 Madrid

### DMD ANDALUCÍA

✉ [dmdandalucia@derechoamorrir.org](mailto:dmdandalucia@derechoamorrir.org)

### DMD ARAGÓN

✉ [dmdaragon@derechoamorrir.org](mailto:dmdaragon@derechoamorrir.org)  
☎ 660 236 242  
Apartado de Correos 14011 | 50080 Zaragoza

### DMD ASTURIAS

✉ [dmdasturias@derechoamorrir.org](mailto:dmdasturias@derechoamorrir.org)

### DMD CATALUNYA

✉ [dmdcatalunya@eutanasia.cat](mailto:dmdcatalunya@eutanasia.cat)  
☎ 934 123 203  
Av. Portal de l'Àngel, 7 - 4ºB | 08002 Barcelona

### DMD CIUDAD REAL

✉ [dmdciudadreal@derechoamorrir.org](mailto:dmdciudadreal@derechoamorrir.org)

### DMD EUSKADI

✉ [dmdeuskadi@derechoamorrir.org](mailto:dmdeuskadi@derechoamorrir.org)  
☎ 635 738 131  
Araba nº 6 semisótano. | 48014 Bilbao

### DMD GALICIA

✉ [dmdgalicia@derechoamorrir.org](mailto:dmdgalicia@derechoamorrir.org)

### DMD MADRID

✉ [dmdmadrid@derechoamorrir.org](mailto:dmdmadrid@derechoamorrir.org)  
☎ 91 369 17 46  
Puerta del Sol, 6 - 3º Izda. | 28013 Madrid

### DMD NAVARRA

✉ [dmdnavarra@derechoamorrir.org](mailto:dmdnavarra@derechoamorrir.org)  
☎ 696 357 734

### DMD SALAMANCA

✉ [dmdsalamanca@derechoamorrir.org](mailto:dmdsalamanca@derechoamorrir.org)

### DMD COM. VALENCIANA

✉ [dmdvalencia@derechoamorrir.org](mailto:dmdvalencia@derechoamorrir.org)  
☎ 608 153 612



# #LIBRES HASTA EL FINAL

ASOCIACIÓN DERECHO A  
MORIR DIGNAMENTE

 [twitter.com/derechoamorrir](https://twitter.com/derechoamorrir)  
Síguenos

 [facebook.com/derechoamorrir](https://facebook.com/derechoamorrir)  
Hazte fan

[www.derechoamorrir.org](http://www.derechoamorrir.org)

**dmd**  
DERECHO A MORIR DIGNAMENTE