

La percepción social de la muerte asistida en la sociedad española actual

Francisco Javier Gil Martín
Profesor de Filosofía Univ. de Oviedo

Iván Teimil García
Investigador posdoc.
(Department of Philosophy, Northwestern University EE UU)

Durante las últimas décadas, la percepción social de la muerte medicalizada y las polémicas que la rodean han estado mediadas no solo por las posibilidades tecnológicas de prolongar la existencia, sino por la progresiva conciencia pública de la importancia de la calidad de la vida y de limitar llegado el caso el esfuerzo terapéutico, así como por la demanda de los cuidados paliativos. En ese mismo periodo se constata una tendencia en apariencia irresistible -también en las regiones españolas y acorde con lo que ocurre en otras esferas sociales- al reconocimiento de la autonomía del paciente con arreglo a la consolidación de sus derechos individuales, como muestran las garantías legales del consentimiento informado y las más recientes de las directrices anticipadas o instrucciones previas y como lo corroboran las reclamaciones a favor de la disponibilidad de la vida y la legalización de la eutanasia y de la asistencia al suicidio.

En las páginas que siguen nos asomaremos a este estado de cosas desde tres perspectivas. Recordaremos la base regulativa de la muerte medicalizada en la legislación española reciente, los códigos de Deontología Médica de la Organización Médica Colegial. A continuación revisamos dos interesantes estudios (uno del CIS, de 2009, y otro de la OCU, de 2010) que, por una parte, permiten examinar con cierta perspectiva la percepción social actual en torno a la muerte asistida y decidida, puesto que continúan en cada caso una serie de estudios en los que se constata una tendencia general de opinión

La comprensión pública de la muerte humana y los criterios de su identificación y de su demarcación con la vida han variado considerablemente en la historia de Occidente. El siglo XX supone un cambio cualitativo en ambos sentidos, las actitudes ante la muerte y la claridad de su delimitación, sobre todo con la exitosa implantación desde los años cincuenta y la posterior generalización de la ventilación mecánica, la reanimación cardiopulmonar o la nutrición y la hidratación automáticas. La tecnología aplicada al soporte vital forzó la reconsideración de lo que entendemos por muerte humana, al no ser ya suficiente el criterio de la muerte cardiopulmonar ni los síntomas con que en otro tiempo se verificaba que la persona estaba muerta. Al respecto fue decisiva la definición de la muerte cerebral divulgada en 1968 por el Comité Ad Hoc de la Harvard Medical School, que terminó gozando de amplísima aceptación¹; también lo han sido las reiteradas controversias, tras el caso Karen Ann Quinlan en los años setenta, en torno al estatuto de los pacientes en estado vegetativo persistente.

en la sociedad española; y, por otra parte, permiten calibrar los ajustes y las tensiones de esa percepción social con la referida regulación legal. Concluiremos con unas breves consideraciones en torno a esas tensiones desde el punto de vista de la congruencia de varios principios bioéticos.

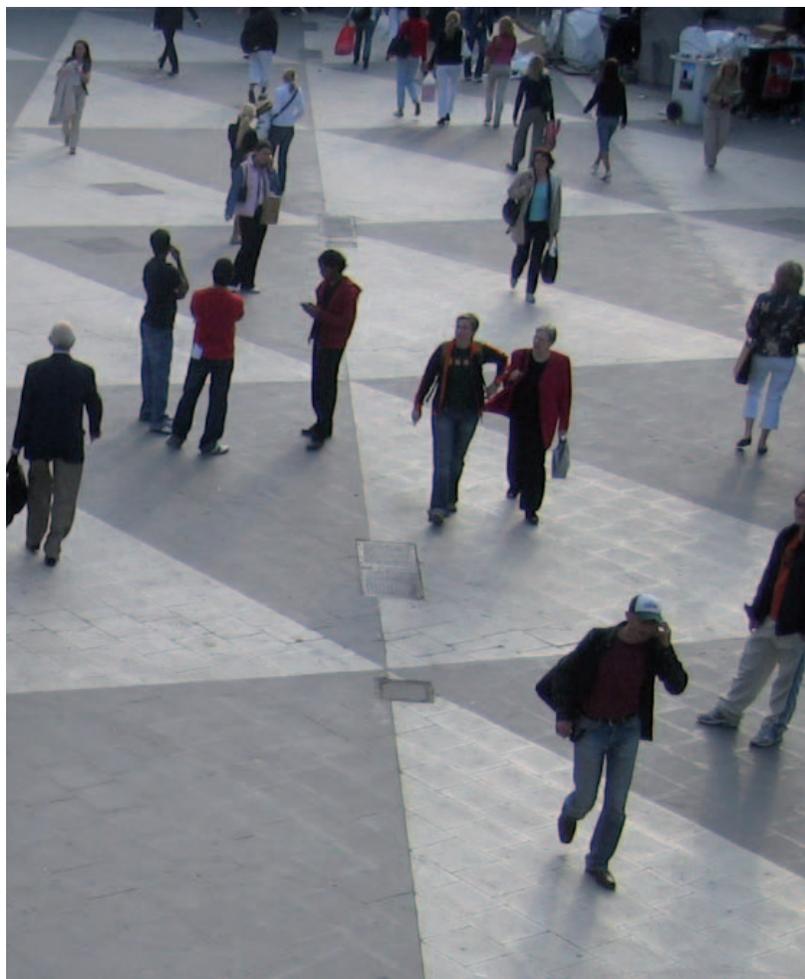
La regulación de la muerte

En el momento en que redactamos este artículo están en trámite dos leyes en países europeos que, si bien coinciden en seguir penalizando la eutanasia y el suicidio asistido, divergen en su modo de sancionar los derechos de los pacientes a morir sin sufrimiento. El parlamento italiano aprobó el 12 de julio de 2011 la Ley del Testamento Biológico, que revalida no ya la prohibición de la eutanasia y la asistencia al suicidio, sino también la prohibición de la suspensión de la hidratación y la nutrición artificiales de los enfermos terminales². La norma contempla además las directrices anticipadas como una mera "orientación" para el médico, de modo que las indicaciones acerca del fin de la vida que adoptara en su día un paciente o la voluntad expresada por un enfermo terminal en relación con la aplicación de determinadas terapias no tienen un carácter vinculante y la decisión del tratamiento adecuado se reserva en último término al facultativo. Esta polémica ley se ha estado elaborando desde la controversia generada en otoño de 2008 en torno al caso de Eluana Englaro y la consiguiente intervención gubernamental y finalmente

Los políticos españoles han rechazado en varias ocasiones legislar para despenalizar la eutanasia en contra de las opiniones de sus votantes

aprobación *ad hoc* por el Senado italiano en febrero de 2009 de una ley restrictiva, cuyos planteamientos vertebradores vendrá a reforzar la nueva norma. Si entonces un escenario público polarizado y muy crispado provocó manifestaciones multitudinarias y sonadas declaraciones³, ahora algunos partidos de la oposición vuelven a inclinarse por convocar un referéndum popular convencidos de que contarán con un apoyo mayoritario en contra de la nueva ley.

El espíritu de la ley italiana contrasta con el del proyecto español de la *Ley Reguladora de los Derechos de la Persona ante el Proceso Final de la Vida*, o Ley de Muerte Digna, que pasó su trámite parlamentario el 17 de junio de 2011⁴ y que en el momento en que escribimos este artículo está en el alero a causa de la convocatoria de elecciones generales, prevista para el mes de noviembre de 2011. En el caso -harto improbable- de que se apruebe, esa ley ordinaria pretende asentar los derechos de los pacientes en situación terminal y las obligaciones y garantías del personal sanitario a su cargo y, en este sentido, no hace sino desarrollar la *Ley Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica*. Al igual que esa ley de 2002, tiene en su base el principio de respeto a la dignidad personal, a la libre autonomía de la voluntad y a la intimidad, y reconoce el derecho del paciente a recibir -o no- información clínica sobre su diagnóstico, al consentimiento informado previo a toda actuación en el ámbito del sistema sanitario, a decidir libremente entre las opciones clínicas disponibles, a negarse al tratamiento, salvo en los casos penalizados, y a declarar, revocar o modificar su voluntad anticipada mediante el documento de instrucciones previas. En razón de su propósito de propiciar el mayor alivio posible del sufrimiento físico, psíquico y moral de los pacientes, así como de responder a la seguridad jurídica de las actuaciones del personal médico, la ley proyectada reconoce además el derecho de los pacientes (y la obligación de los profesionales) a la limitación del esfuerzo terapéutico y a la sedación terminal paliativa, incluso a costa de acelerar el proceso del final de la vida, al tiempo que consagra esas buenas prácticas clínicas que dejaron de estar criminalizadas desde el Código Penal de 1995. Además de reconocer entre otros los derechos del



paciente a la intimidad y al acompañamiento al final de su vida, la norma reconoce que el derecho al tratamiento del dolor incluye (la asistencia domiciliaria en) los cuidados paliativos integrales de calidad. Finalmente, la ley proyectada deja explícito que se atiene a la tipificación penal vigente de la eutanasia y del suicidio asistido del artículo 143 del Código Penal, el cual - dicho sea de paso- no está exento de problemas de interpretación de notable interés⁵. Por tanto, y al igual por ejemplo que una ley análoga francesa de 2005, no avanza en la dirección permisiva de las legislaciones belga y holandesa.

El *Código de Deontología Médica* de la Organización Médica Colegial (OMC), de julio de 2011, sintoniza plenamente con todos esos planteamientos de la ley proyectada. En su Capítulo VII. Atención médica al final de la vida el artículo 36 precisa los deberes deontológicos del médico hacia el cumplimiento de las directrices anticipadas que no contravengan la buena práctica médica y hacia la aplicación llegado el caso de medidas paliativas, aun cuando ello conllevara el acortamiento de la vida como hipotético efecto, así como hacia la evitación de acciones diagnósticas y terapéuticas inútiles u obstinadas (OMC, 2011, pp. 31-32). El citado artículo asimismo ratifica⁶ la licitud de la sedación en la agonía correctamente administrada y la estricta prohibición de la eutanasia.

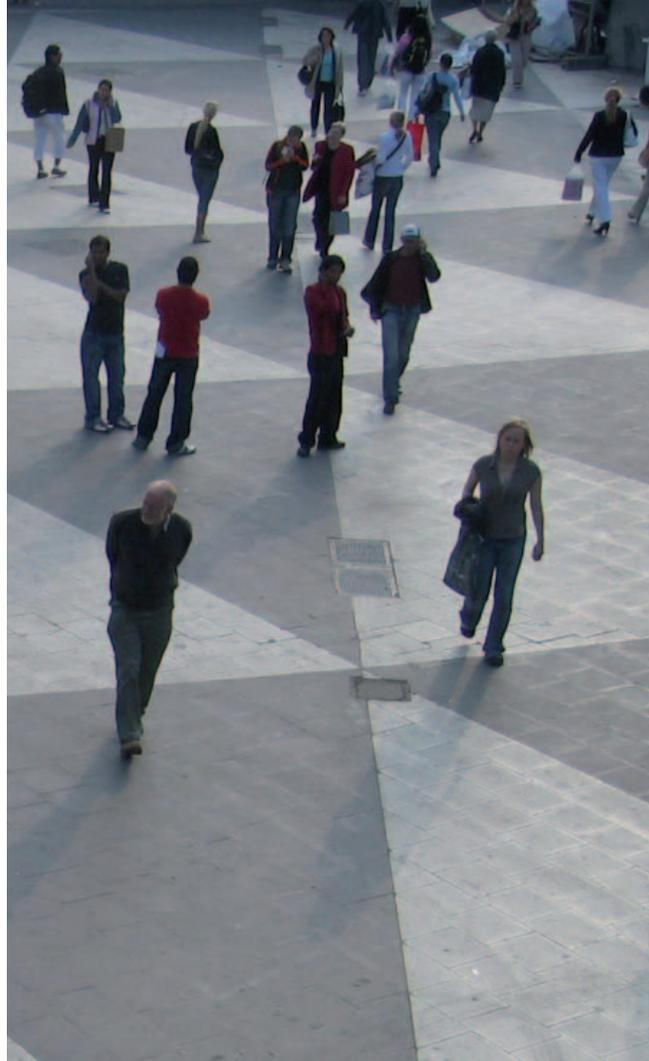
Actitudes ante la muerte en la sociedad española

Dos estudios aparecidos en los dos últimos años revelan que las opiniones mayoritarias de la población española sobre la muerte asistida y decidida concuerdan en gran medida con lo expresado por la legislación a la que nos hemos referido. Pero también ponen de manifiesto intereses y convicciones ampliamente compartidas que van ostensiblemente más allá de lo tolerado hasta ahora por las normas legales y la deontología médica.

A mediados del año 2009, el Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS) dio a conocer los resultados de un estudio de ámbito nacional acerca de la atención a pacientes con enfermedades en fase terminal. El estudio fue encargado por el Ministerio de Sanidad y Política Social, por entonces a cargo del profesor Bernat Soria, y se realizó sobre una muestra de cerca de 2.500 entrevistas a personas residentes en el territorio español de ambos sexos y mayores de edad⁷. Aun con las debidas reservas y a sabiendas de que la opinión pública no necesariamente coincide con la publicada, el estudio traslada un reflejo fidedigno de la mentalidad y de las actitudes más comunes de la población española acerca de las necesidades e intereses de los enfermos en fase terminal y de las circunstancias deseables que deben rodearles, lo cual es pertinente en relación con las controvertidas cuestiones en torno a la muerte decidida y asistida.

Resulta notorio el mayoritario apoyo a la sedación paliativa de los enfermos. El 83,3% de los encuestados afirma con total seguridad estar de acuerdo en darle a un enfermo en fase terminal todos los calmantes necesarios para controlar el dolor, y el 13,1% se muestra bastante de acuerdo. En contraste, solo el 4% opina que se debería prolongar su vida de manera artificial, aunque no hubiera esperanza de curación, y un 8,1% se inclina por dejar que la enfermedad evolucione de manera natural, sin tratamientos.

Otro contrapunto a estas opiniones minoritarias lo encontramos en los tres últimos apartados de la pregunta 20 del cuestionario. Frente al 4,1% de quienes se declaran en total desacuerdo con administrar a un enfermo del tipo descrito la medicación necesaria para aliviar su sufrimiento aunque esto acelere su muerte, un 55,4% se muestra favorable a este proceder, aún reconociendo el doble efecto de la sedación, y un 27,7% declara estar bastante de acuerdo. Asimismo, 34,3% de los encuestados se manifiesta a favor de interrumpir un tratamiento que acrecienta el sufrimiento de los pacientes en fase terminal. Esta práctica del encarnizamiento terapéutico es rechazada de manera menos contundente por un 22,9% de las personas preguntadas. Finalmente, obser-



vamos que el 42,8% de los encuestados está totalmente convencido -y el 21,7% bastante de acuerdo- de que el correcto curso de acción ante una situación de proceso terminal con sufrimiento es ayudar al paciente a morir para poner fin a su agonía. Tan solo un 15,6% se declara en total desacuerdo con la adopción de esta medida.

El amplio respaldo a las prácticas médicas de la limitación del esfuerzo terapéutico y de la sedación en la agonía, incluso si ésta tiene como resultado la aceleración del proceso de la muerte, coincide con lo prescrito en el anteproyecto de Ley de Muerte Digna y con el nuevo código deontológico de la OMC. Conviene subrayar que, en contraste con esa sintonía, existe también una predisposición mayoritaria a la regulación legal de la eutanasia y del suicidio médicamente asistido. En respuesta a dos escuetas preguntas en este sentido (numeradas como 37 y 38), se declaran plenamente a favor de la eutanasia el 58,4% de los encuestados y a favor del suicidio asistido el 38,9%, y se muestran favorables sin estar totalmente seguros el 15,2% y el 13,8%, respectivamente (frente al 10,3% y al 18,9% que se oponen rotundamente a la correspondiente regulación y al 4,2% y 7,3% que se oponen sin estar del todo seguros). Es significativo que el 13% declare no saber qué significa suicidio asistido (y que el 5% haga lo propio con el significado de eutanasia). Pero todavía más significativo resulta que, en respuesta a otras preguntas en parte redundantes y más circunstanciadas⁸, sea una mayoría aún más amplia la que se

pronuncia en un sentido favorable a la eutanasia y al suicidio asistido: el 63% con total certeza y el 17,2% con cierta duda en el caso de la eutanasia y el 49,7% con total certeza y el 18,2% con cierta duda en el caso del suicidio asistido.

Deseos de legalización

Otras cuatro preguntas (núm. 33, 34, 35 y 36) refuerzan la evidencia de un respaldo de la mayoría de los encuestados a la legalización de la eutanasia y el suicidio asistido. En un caso, el 58,8% afirma estar totalmente de acuerdo con la legalización de la eutanasia en el caso de solicitarla una persona mayor de 18 años que padece un cáncer terminal con dolor y sufrimiento agudos, y el 16,9% responde que se debería reconocer por ley pero sin afirmarlo con total seguridad. En el otro caso, el 45,6% de los encuestados se muestra totalmente de acuerdo en que sea posible por ley recetar a este mismo enfermo una dosis suficiente de medicamentos para poner fin a su vida, y el 18,6% se muestra favorable a este propósito pero sin afirmarlo con total seguridad. Si en vez de un cáncer, el supuesto es una enfermedad degenerativa incurable que le incapacitará mental y físicamente en un futuro próximo, los porcentajes son ligeramente inferiores: 49,4% los que están del todo de acuerdo y 20% los que aprueban con dudas la legalización de la eutanasia, y 40,5% y 19,4% los que hacen lo propio con la asistencia al suicidio.

Dados los inequívocos y reiterados pronunciamientos de la Iglesia católica sobre estas cuestiones, no deja de sorprender que el 70,1% de los encuestados se declaren católicos (y el 4,5% profesen otra religión), si bien su apoyo a esas prácticas prohibidas por la jerarquía católica se entiende mejor si se tiene en cuenta que al menos un 52,5% de los creyentes se saben no practicantes y, de entre los católicos, solo un 14,7% dice seguir siempre las recomendaciones de la Iglesia católica sobre cuestiones morales, mientras que un 35,4% confiesa que lo hace a veces, un 19,6% raramente y un 27,2% nunca.

Para finalizar, no está de más recordar que (entre otros) los dos grupos parlamentarios mayoritarios de nuestro país han rechazado en diversas ocasiones legislar la eutanasia, la última vez en marzo de 2010, cuando ambos rechazaron la propuesta de un grupo minoritario para despenalizar la eutanasia y la asistencia al suicidio y garantizar la libertad de los ciudadanos para acogerse a una muerte digna y sin dolor. Esa resistencia no se compadece con la opinión de sus votantes, como se des-

prende de la distribución de preferencias políticas de los encuestados por el CIS (en las preguntas 49 y 52a) o de un sondeo del Instituto Noxa publicado por *La Vanguardia* el 22 de septiembre 2008.

Por otro lado, en julio de 2010 tuvo lugar un estudio de la Organización de Consumidores y Usuarios (OCU) para evaluar el funcionamiento de los cuidados que reciben los enfermos terminales en España⁹. El estudio se basó en casi 3.000 entrevistas, realizadas simultáneamente con otros estudios equivalentes emprendidos por similares organizaciones de consumidores en tres países europeos: Bélgica, Italia y Portugal. Mientras que en el estudio del CIS poco más de la mitad (52,1%) de los encuestados tuvieron entre sus familiares o amigos algún fallecido a consecuencia de alguna enfermedad irreversible con mucho sufrimiento, en el de la OCU la mayoría de los encuestados eran familiares de personas fallecidas tras una enfermedad terminal a las que, casi en su totalidad, acompañaron y apoyaron y en cuyo cuidado participaron activamente; el resto de los encuestados eran profesionales de la salud (825 médicos y 56 enfermeras).

Coincidiendo con el estudio del CIS, los resultados de la OCU revelan la preferencia por que los enfermos en fase terminal mueran a ser posible en casa. En el primer estudio, esta era la opción del 45,4%, por encima del 31,9% que prefería un centro especializado en enfermedades terminales y del 17,8% que optaba por el hospital. En el estudio de la OCU, el 93% de los familiares de enfermos



Eutanasia y suicidio asistido son clamorosamente demandados por la gran mayoría de usuarios del sistema de salud español

que murieron en casa (un 33% del total, frente al 35% que murieron en hospitales y al 25% que lo hicieron en unidades de cuidados paliativos) aseguran que en ese sentido se cumplieron los deseos del finado

(algo que no ocurre ni por asomo en los casos de los fallecidos en hospitales y en unidades de paliativos); y, si además contaron en casa con asistencia de cuidados paliativos¹⁰, los familiares puntúan con un 8 sobre 10 el cumplimiento de los deseos del enfermo respecto al tratamiento médico. Sin embargo, esos familiares priman a la vez la atención especializada en unidades de paliativos hospitalarias y la razón de mayor peso -según se desprende de las respuestas de los médicos y enfermeros- es que se ven superados por la enfermedad cuando se traspasan ciertos umbrales, incapaces de gestionarla emocionalmente y atezados por la escasez de medios y de conocimientos. En sintonía con el estudio del CIS, la OCU constata que la mayoría de los afectados se decanta por la sedación paliativa y por evitar el ensañamiento

terapéutico y el sufrimiento innecesario. Casi la mitad de los enfermos terminales o sus familiares pidieron ayuda a morir y el 61% de los médicos reconoce alguna petición en ese sentido, como las de no iniciar o suspender tratamientos dolorosos que no ofrecen esperanzas de curación. Según los familiares, en el 40% de los casos una intervención médica -normalmente el aumento de la medicación- aceleró la muerte de los enfermos terminales.

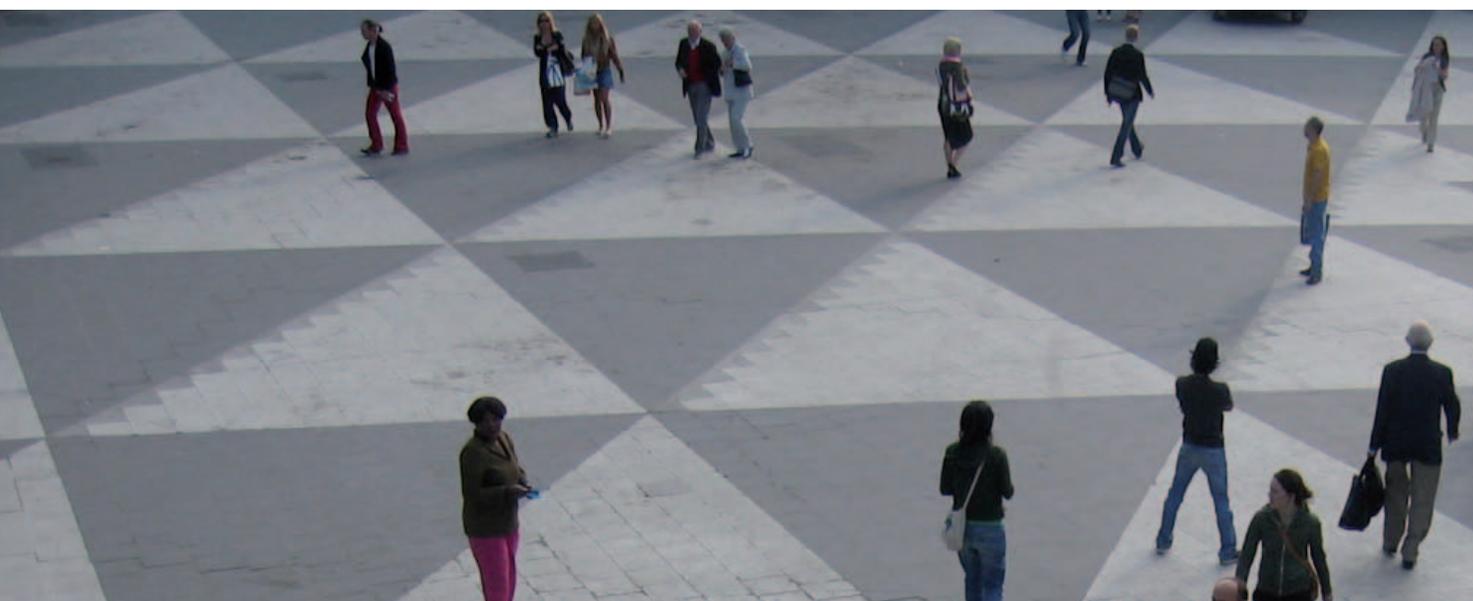
La opinión mayoritaria es que se regule la disponibilidad de la propia vida mediante el suicidio asistido y la eutanasia

Ante la pregunta por el temor más acuciante de los enfermos terminales, la implicación directa y experiencial de la mayoría de los encuestados por la OCU como allegados de los fallecidos les lleva a situar en primer lugar el ser en una carga para la familia (38%) y, a continuación, el sufrir dolor (26%) y el perder la lucidez (14%). Existe una curiosa asimetría con la clasificación aportada por los interrogados por el CIS en respuesta, desde una perspectiva en apariencia más distanciada, a la pregunta núm. 26 -ciertamente dispareja, pero comparable- por las razones de un enfermo para pedir que se acabe con su vida. En este caso, verse como una carga para la familia ocupa el cuarto lugar (10,9%), mientras que la opción primada es el sentir un dolor físico insoportable (46,7%), seguida por el depender de otros para las necesidades básicas (19,5%) y el perder la autonomía y la libertad como persona (11,9%). No obstante, el personal sanitario encuestado por la OCU considera que el dolor insopor-

table fue el principal motivo, seguido de la pérdida del sentido de la vida, que empujó a los enfermos terminales a hacer peticiones de que se les facilitara el tránsito hacia la muerte. Por lo demás, los médicos y los familiares consultados por la OCU atestiguan, como en otras ocasiones¹¹, la tendencia larvada a solicitar la eutanasia y el suicidio asistido.

Las exigencias frente a la norma

De lo expuesto hasta aquí se desprende que existe un equilibrio imperfecto entre las exigencias de la norma y las demandas razonables de la sociedad. La percepción social de la muerte asistida se ajusta a la ley de 2002 en aspectos centrales de la autonomía del paciente, y ello pese a que no eran ni siquiera la mitad de los encuestados del CIS los que sabían (24,9%) o creían (24,2%) que existía una tal ley española reguladora de los derechos y deberes de los pacientes y pese al elevado nivel de desconocimiento y de reserva entre aquellos encuestados acerca de los documentos de directrices anticipadas. Tanto el *Código de Deontología Médica* de julio de 2011 como la proyectada Ley de Muerte Digna ratifican la perspectiva generalizada del común de los mortales en torno a la evitación del sufrimiento, la sedación terminal, la eventualidad del doble efecto, la limitación del esfuerzo terapéutico, la mala práctica del ensañamiento terapéutico o la demanda de cuidados paliativos. No obstante, esta percepción social parece ir mucho más allá en lo relativo a la disponibilidad de la propia vida. Ni la legislación -vigente y venidera- ni la práctica médica sancionan la eutanasia y el suicidio asistido, los cuales son clamorosamente demandados por una mayoría de usuarios del sistema sanitario español. Esas demandas cuentan además con poderosas razones de orden normativo.





El sentido común aconseja -según opinan los encuestados- que lo más razonable sería atender lo antes posible la petición del paciente

El equilibrio entre la norma y la vida

En los estudios analizados, los encuestados respaldan mayoritariamente la muerte sin dolor, la posibilidad de solicitarla si la existencia se vuelve insoportable y el debido respeto a la autonomía del paciente para decidir cuando se halla inmerso en un proceso terminal con sufrimiento. Al tiempo que establecen los límites entre una vida digna de ser vivida y la que no lo es, la mayoría de los encuestados aprueban las demandas de los enfermos desahuciados que desean morir dignamente, aun cuando pudiera ser -entre otras razones- porque no soportan verse como una carga para familiares y allegados. El concepto de “calidad de vida”¹² se ajusta a esta percepción social en tanto que liga la dignidad a las circunstancias materiales, físicas y emocionales que hacen que una vida desde la perspectiva personal de cada cual merezca la pena ser vivida. En cambio, los encuestados por el CIS y la OCU discrepan por lo general de la perspectiva de quienes, en aras del valor intrínseco y absoluto de la vida humana, consideran que respetar la dignidad de la persona impone la protección de la vida en todas sus manifestaciones y fases y que intervenir en el curso normal de la existencia implica vulnerar esa dignidad mediante el menosprecio de unas vidas consideradas menos satisfactorias.

Quienes aceptan la noción de calidad de vida asumen que la vida es mucho más que existencia biológica y que las circunstancias que envuelven una vida biográfica única e intransferible a veces obran en favor de la consecución de los fines y propósitos del individuo, pero otras veces obstaculizan o imposibilitan la realización de los mismos. Por eso, además de guardar relación estrecha con la dignidad de la persona, la calidad de vida del individuo incorpora su percepción sobre las enfermedades y sobre cómo contempla él su existencia en el momento en que sufre los efectos de las mismas. Según esto, la noción de calidad de vida es coherente con el principio de autonomía consagrado en la ley española del 2002 y ratificado por el proyecto de ley de muerte digna, las cuales toman como base el reconocimiento de la voluntad del paciente y el respeto a sus preferencias, su libertad de elección y su capacidad de autodeterminación para decidir sobre su salud y su vida. La libre autodeterminación del paciente también es congruente con los clásicos principios bioéticos de beneficencia y no-maleficencia. El primero se orienta a la promoción de la vida y la salud del

enfermo, entendidos como los bienes más importantes frente a cualquier otro criterio, e insiste en la disposición de los medios disponibles para aliviar o suprimir el sufrimiento. Una especificación del principio *primum non nocere* es la prohibición de aplicar tratamientos con probabilidad escasa de éxito o que alarguen innecesariamente la agonía del paciente. En ambos casos se ha de atender siempre a la autonomía del paciente y, por tanto, su decisión personal. De ahí que respetar la voluntad de los pacientes terminales que han decidido sobre el final de su vida, priorizando la evitación del sufrimiento y de la saña terapéutica, implique atender a su autonomía y a los propósitos de beneficencia y no-maleficencia. La ley proyectada de muerte digna y sin dolor afianza esa compatibilidad de principios. Ahora bien, el “derecho a no sufrir” en relación con la muerte asistida y decidida no solo atañe a esas estrategias de tratamiento del dolor ni parece que pueda neutralizarse sin más con el derecho a los cuidados paliativos (Boladeras, 2009).

Eutanasia sin adjetivos

El proyecto de ley de muerte digna evita por fin la confusa distinción habitual entre eutanasias activa (como es, por ejemplo, la administración de un fármaco letal) y pasiva (como en la suspensión de tratamientos excepcionales para prolongar la vida) y restringe el uso de la palabra “eutanasia”, sin adjetivos, a la actuación que “a) produce la muerte de los pacientes, es decir, que la causa de forma directa e intencionada mediante una relación causa-efecto única e inmediata, b) se realiza a petición expresa, reiterada en el tiempo, e informada de los pacientes en situación de capacidad, c) se lleva a cabo en un contexto de sufrimiento debido a una enfermedad incurable que la persona enferma experimenta como inaceptable y que no ha podido ser mitigado por otros medios, por ejemplo, mediante cuidados paliativos, y d) es realizada por un profesional sanitario que conoce a la persona enferma y mantiene con ella una relación clínica significativa”. Hemos visto que, ante el supuesto de un proceso irreversible y mortal, esa eutanasia era la opción más aceptada por los encuestados por el CIS. En efecto, el sentido común aconseja que lo más razonable ante tales procesos sería atender la petición del paciente cuanto antes, pues, al fin y al cabo, en la mal llamada eutanasia pasiva la consecuencia de la acción u omisión sería la misma, si bien, en ocasiones, mucho más lenta y dolorosa.

Podría argüirse que los cuidados paliativos constituyen la solución perfecta al conflicto que puede derivarse de esa opción mayoritaria contraria a la ley vigente. Los paliativos permiten mantener la vida sin padecimiento hasta que ésta termine por sí misma. En ausencia de dolor, el paciente no vería ya necesario acabar de forma “abrupta” sino que simplemente esperaría el desenlace con resignación. Y -continuaría el argumento- una vez generalizado el uso y aportadas las garantías para controlar el dolor ya nadie solicitaría la muerte medicalizada. Sin embargo, no está tan claro que los cuidados paliativos puedan servir de esta guisa como coartada contra de la legalización de la eutanasia. La universalización y mejora de los cuidados paliativos en Holanda no ha tenido como resultado un descenso en el número de peticiones de eutanasia. Además, aparte del derecho al alivio del sufrimiento, la eutanasia tiene como trasfondo una problemática mucho más profunda, derivada de la pérdida del sentido de la vida y de la pérdida de dignidad que experimenta el paciente debido al deterioro personal causado por la enfermedad. En los estudios de los que nos hicimos eco comprobamos que para mucha gente esas son razones relevantes para considerar seriamente, no ya la necesidad de los cuidados paliativos, sino la legalización de la eutanasia en determinados casos.

Otro argumento esgrimido con frecuencia por quienes se oponen a esa intervención soberana de los sujetos en el proceso de su muerte es el conocido como “argumento de pendiente resbaladiza”¹³. La legalización de la eutanasia y el suicidio asistido -señala una versión del mismo- desdibujan un criterio nítido y abocan a la más absoluta pérdida del respeto por la vida y a incontrolables situaciones de vulneración de ese principio fundamental. Sin embargo, dada la complejidad del sistema sanitario y las garantías que ofrece el sistema jurídico, no parece realista afirmar que estamos destinados a arribar a tales consecuencias indeseadas. De hecho, los efectos de la legislación holandesa, que como es sabido permite la eutanasia bajo parámetros muy estrictos, no respaldan la suposición de que la propensión de matar vaya a extenderse de forma indiscriminada. El número de peticiones de eutanasia en los Países Bajos tras su legalización se ha man-

tenido estable, con ascensos muy moderados. Además, en términos generales, el respaldo social del que goza la norma muestra que la preocupación por el objetivo de no prolongar la desgracia de muchos pacientes terminales es mucho más profunda y determinante que aquella que contempla los improbables efectos destructivos de la ley.

Para finalizar queremos anotar una breve consideración sobre el principio de justicia. En bioética este principio se suele utilizar como criterio de orientación en aquellos casos en los que una decisión exige valorar la seguridad y la solidaridad en el reparto de costes o inversiones económicas, o garantizar un reparto imparcial de bienes o recursos. Ahora bien, el principio debe contemplar la condición de que toda persona, con independencia de sus capacidades naturales, de sus logros sociales y de sus filiaciones religiosas, políticas o morales, tiene derecho a llevar adelante su proyecto

racional de vida, el cual está integrado por los objetivos, fines, aspiraciones y criterios que esa persona considera valiosos. El respeto hacia uno mismo hace referencia a la dignidad de la persona como portadora de dere-

La universalización y mejora de los cuidados paliativos en Holanda no ha hecho descender las solicitudes de eutanasia

chos inalienables, pero también como individuo libre y autónomo, capaz de emprender un proyecto racional de vida. Si alguna circunstancia interfiere en la autonomía y capacidad de decisión hasta el punto de quebrar ese proyecto y sus posibilidades de realización, nuestro sentido del respeto propio -y con él la dignidad que nos atribuimos- puede quedar irreversiblemente dañado. Los pacientes que sufren un proceso insoportable -que bien puede no ser terminal- y han perdido definitivamente la capacidad de desarrollar su proyecto racional llegan a experimentar a menudo esa pérdida de respeto y dignidad a causa de las condiciones en las que se desarrolla su vida presente y por la imposibilidad de alcanzar los objetivos previstos en tal proyecto.

Sin duda, el hecho de que en Bélgica y Holanda se haya despenalizado la eutanasia o de que haya quienes puedan desplazarse a Suiza para contar con asistencia al suicidio puede crear o agudizar un sentido de injusticia en quienes padecen situaciones extremas en nuestro país y no pueden tomar similares decisiones a causa de una legislación restringida, que les condena a actuar en la ilegalidad y que criminaliza a quienes les ayuden a cumplir su última

El hecho de que en Holanda, Bélgica y Luxemburgo se pueda morir por eutanasia o que se pueda viajar a Suiza para morir agudiza la injusticia respecto a enfermos en situaciones extremas de nuestro país

voluntad. Desde su perspectiva, el sentido de la justicia no debe desacoplarse de la autonomía y de la libertad a la hora de decidir sobre el final de la vida. Así, si es de justicia el que sea posible el desarrollo de los proyectos racionales, lo es igualmente la decisión de finalizar un determinado proyecto a la que puede verse abocado quien se ve imposibilitado para concluirlo, incluso cuando no se halle inmerso en un proceso terminal. Más aún, quizá dentro de ese proyecto racional de vida muchas personas incluyan un proyecto de muerte -de hecho, a esto responden ya en parte los documentos de directrices anticipadas-, proyecto en el que tal

vez sea central el que se respete las voluntades de esas personas en el caso de que las circunstancias vitales (varíen de tal modo que) imposibiliten definitivamente el desarrollo de sus expectativas. En ese aspecto, la percepción social de la muerte en la sociedad española parece mostrarse a favor de una legislación más ambiciosa que la existente y la ya programada. En cualquier caso, esa otra hipotética legislación tampoco debería imponer una manera estándar de enfrentarse a la muerte, sino permitir que quienes deciden autónomamente tengan la posibilidad de hacerlo sin demoras injustificadas y con todas las garantías legales.

Notas

1. Al igual que en ese documento y en la legislación estadounidense que lo siguió, la aprobación legal en España de la muerte cerebral en 1979/1980 estuvo en función de la extracción y transplante de órganos.
2. Véase www.senato.it/leg/16/BGT/Schede/Ddliter/37148.htm, www.senato.it/leg/16/BGT/Schede/Ddliter/37148.htm (consultada el 29/07/2011)
3. Un ejemplo de esto fue un número monográfico de la revista MicroMega, en el que participó entre otros el filósofo Gianni Vattimo (2009) con un impresionante artículo en el que anunciaba públicamente su abandono de la Iglesia católica.
4. Véase www.congreso.es/public_oficiales/L9/CONG/BOCG/A/A_132-01.PDF www.congreso.es/public_oficiales/L9/CONG/BOCG/A/A_132-01.PDF (consultada el 29/07/2011). Entre sus cometidos, la ley homologaría criterios para todo el territorio español. El Parlamento de Andalucía aprobó en abril de 2010 la Ley de Derechos y Garantías de la Dignidad de la Persona en el Proceso de la Muerte; las Cortes de Aragón y el Parlamento navarro hicieron lo propio con sus leyes respectivas de muerte digna -con denominaciones parecidas a la andaluza- en marzo de 2011.
5. Véase Tomás-Valiente, 2000; Lorenzo, 2007; y Rey Martínez, 2008.
6. A ese respecto véase en particular el documento Ética de la Sedación en la Agonía (OMC, 2009) y el artículo 27 del Código de Ética y Deontología Médica (OMC, 1999).
7. CIS, 2009. Es recomendable comparar este estudio -algo que no haremos aquí- con una serie de estudios anteriores del CIS y otras instituciones. Para la comparación y síntesis de los mismos, véase Durán, 2004.
8. El enunciado de esas preguntas -24 y 25- del cuestionario

- es el siguiente: “Cuando una persona tiene una enfermedad en fase terminal, que le causa grandes sufrimientos y que la causará la muerte en poco tiempo, ¿cree Ud. que la ley debería permitir que los médicos pudieran poner fin a su vida y a sus sufrimientos, si esta persona lo solicita libremente?”, y “Y si esa persona lo solicita libremente a sus médicos, ¿cree Ud. que la ley debería permitir que éstos le proporcionasen los medios necesarios para que ella misma pudiera terminar con su vida?”.
9. Para un resumen de los resultados, véase OCU, 2011. A esta encuesta le precedieron otras de las que se dio cuenta en OCU, 2006/2007 y 2000/2001 y que -como es el caso de los estudios del CIS (véase antes la nota 7)- parecen reflejar una tendencia de opinión.
 10. Para la distribución por autonomías de las unidades hospitalarias y de atención domiciliaria de cuidados paliativos en España, véase www.secpal.com, www.secpal.com (consultada el 25 de julio de 2011)
 11. Véase los estudios de la OCU citados en la nota 10, así como el estudio nº 2.451 del CIS (CIS, 2002).
 12. La OMS define “calidad de vida” como “la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno”.
 13. Para una exposición detallada del sentido y del valor de esa familia de argumentos, véase López de la Vieja, 2010; para la aplicación de los mismos en el caso de la eutanasia, véase las pp. 26-7, 47-8.