

EUTANASIA Y SUICIDIO ASISTIDO EN EL DEBATE CONTEMPORÁNEO: SELECCIÓN Y ANÁLISIS

José Antonio Santos
Universidad Rey Juan Carlos

Abstract: This paper presents an informational and analytical report of euthanasia and assisted suicide in the contemporary debate. This exercise is done with the selection and analysis of several works from a legal and/or ethical point of view. The purpose is to contextualize and raise arguments and ideas of some of the key concepts in euthanasia and assisted suicide, paying particular attention to the legislative sphere in Europe and other countries.

Keywords: euthanasia, liberty, death, suffering, assisted suicide, life.

Resumen: Este trabajo realiza una presentación analítica e informativa del estado de la cuestión de la eutanasia y el suicidio asistido en el debate contemporáneo, a través de la selección y el análisis de una pluralidad de trabajos enfocados desde un punto de vista jurídico y/o ético. La finalidad consiste en contextualizar y plantear argumentos e ideas sobre conceptos clave presentes a la hora de reflexionar sobre la eutanasia y el suicidio asistido, presentando especial atención al ámbito legislativo europeo.

Palabras clave: eutanasia, libertad, muerte, sufrimiento, suicidio asistido, vida.

SUMARIO: 1. Introducción.- 2. Buena muerte y el llamado derecho a morir con dignidad.- 3. Distintas maneras de conceptualizar la eutanasia y el suicidio asistido.- 4. Notas acerca de la eutanasia y el suicidio asistido en el derecho comparado.-

1. INTRODUCCIÓN

Es preciso ser consciente de que, cuando se lleva a cabo una presentación analítica e informativa de un tema concreto, debemos apoyar nuestros argumentos en una literatura científica. En esta ocasión, se hace uso de una bibliografía heterogénea y plural; no obstante, se debe comprender que la operación

requiere un componente deliberadamente selectivo y analítico por dos razones: en primer lugar, resulta imposible condensar en estas páginas un estado de la cuestión tan amplio. En segundo lugar, el análisis de la bibliografía tiene que tener un sentido prioritariamente informativo y no con pretensiones de excelsa erudición y crítica.

La presente tarea persigue abordar, en el siguiente apartado, la paulatina transmutación conceptual de la buena muerte y el llamado derecho a morir con dignidad, ocasionada por el devenir de los tiempos y propiciada por el avance de la tecnología y la fuerte emotividad y ambigüedad de ambos conceptos. Ya en el tercer apartado, desde distintas ópticas, se exponen algunas ideas y se realizan precisiones terminológicas sobre conceptos ampliamente conocidos en el debate bioético y biojurídico como son los de eutanasia activa y pasiva, encarnizamiento terapéutico, sufrimiento, pendiente resbaladiza y cuidados paliativos, a fin de mostrar un panorama abierto que no tiene una vía fácil de acuerdo doctrinal ni siquiera en el ámbito puramente terminológico. Por último, una vez realizada esta tarea, se procede a abordar la legalización de la eutanasia y el suicidio asistido dentro del espectro europeo y fuera de él, apoyando la exposición en una bibliografía plural con el objetivo de aportar un panorama informativo lo más claro posible.

2. BUENA MUERTE Y EL LLAMADO DERECHO A MORIR CON DIGNIDAD

El término eutanasia procede del griego y consta del prefijo ‘eu’ (εὖ) que significa buena, y ‘thanatos’ (θάνατος) muerte. Es a partir de Francis Bacon cuando el concepto de eutanasia pierde, parcialmente, su sentido etimológico y comienza a significar la acción médica por la que se acelera el proceso de muerte de un enfermo terminal o se le quita la vida. Incluso, tradicionalmente, se había entendido que el paciente se encontrase próximo a la muerte¹. Este rasgo característico, que podía resultar definitorio para diferenciar la eutanasia y el suicidio asistido del homicidio o del simple suicidio, se vuelve problemático a partir del momento en que hay pacientes que desean fervientemente acabar con su vida, sin que ni siquiera se encuentren próximos a la muerte argumentando que ya han realizado su proyecto de vida o que, sencillamente, ya no quieren sufrir más. La razón radica, según Boladeras, en que “el ser humano, en todo lugar y tiempo, quiere vivir bien, evitar la enfermedad y el sufrimiento, y morir con el menor dolor posible”². Una afirmación de tal calado resulta fá-

¹ Véase GAFO, Javier, *La eutanasia. El derecho a una muerte humana*, Temas de hoy, Madrid, 1990, pp. 52 y 53.

² BOLADERAS Margarita, *El derecho a no sufrir. Argumentos para la legalización de la eutanasia*. Prólogo de Marc Antoni Broggi, Los libros del lince, Barcelona, 2009, p. 51.

cilmente asumible, pero el asunto se complica al reflexionar sobre cuestiones del tipo: ¿qué significa vivir bien?, ¿qué hacer cuando la enfermedad está presente y evoluciona progresivamente a peor?, ¿cómo controlar el sufrimiento? o ¿cómo morir sin dolor en la fase final de la vida?

Hubo que esperar algunos siglos, para que las consideraciones sobre la buena muerte en relación a la eutanasia adquirieran verdadera repercusión; en cierta medida, a raíz de la aparición de los movimientos a favor de la eutanasia a lo largo del siglo XX, que abogaban por su práctica libre de manera más o menos matizada según los casos. Así, en 1935, se crea en Gran Bretaña la primera asociación que defiende el derecho a morir con dignidad bajo el título *The Voluntary Euthanasia Society*, la cual serviría después para inspirar otras que surgieron en diferentes países. Tres años después se funda en Estados Unidos la Sociedad de Eutanasia de América, siendo la primera en solicitar que la Declaración Universal de los Derechos Humanos incluyera también el derecho a morir.

Durante la segunda posguerra europea, los hechos ocurridos durante el nacionalsocialismo con el Decreto de ‘Eutanasia’ de Hitler y el resultado final de muertes y esterilizaciones pararon, momentáneamente, dentro y fuera de Alemania los avances realizados para progresar en el reconocimiento de la eutanasia y el suicidio asistido. Hendin lo pone claramente de relieve al señalar: “La cooperación con los médicos alemanes y el uso de campos de concentración dirigidos por médicos y encaminados a la exterminación hicieron que la gente desconfiara de la implicación de los médicos en la eutanasia”³. Incluso, en los años sesenta, fue muy tímida la progresión de los movimientos pro eutanasia. Hubo que esperar hasta 1974 para ver un relevante paso adelante en esta dirección, momento en el que se publica el Manifiesto de *The Humanist*, documento en favor de la eutanasia bienhechora firmado por alrededor de cuarenta intelectuales de ámbitos tan dispares como la medicina, la filosofía, la religión, el derecho, los negocios, entre otros⁴, el cual reflejaba los aspectos fundamentales de una ética humanística. Aquel texto exponía una visión de rechazo a los sufrimientos innecesarios en los estadios terminales de una enfermedad incurable, poniendo de relieve que la práctica de la eutanasia voluntaria humanitaria, a petición del enfermo, mejoraría la situación general de los seres humanos⁵. A partir de esa época se han ido creando numerosas asociaciones a favor de prácticas eutanásicas como la holandesa *Recht op Waardig Sterven* (Derecho a morir con dignidad), la francesa *Association pour le Droit de Mourir dans la Dignité*

³ HENDIN, Herbert, *Seduced by Death* (1997). Se cita por la edición española *Seducidos por la muerte. Médicos, pacientes y suicidio asistido* (trad. de Margarita Gesta), Planeta, Madrid, 2009, p. 204.

⁴ Entre los firmantes destacan los Premios Nobel Linus Pauling, George Thomson y Jacques Monod.

⁵ Véase GAFO, Javier, *La eutanasia. El derecho a una muerte humana*, Temas de hoy, Madrid, 1990, pp. 153-159.

(Asociación por el derecho a morir con dignidad), la alemana *Deutsche Gesellschaft für Humanes Sterben* (Sociedad Alemana para una muerte humana) en 1980, la española *Derecho a morir Dignamente* en 1984, o las suizas *Dignitas*, en 1998, y *Exit* en 2002, para ayudar a aquellas personas que quieren terminar con su vida. Estos movimientos han visto tímidamente sus frutos en las legislaciones de algunos países del mundo, aunque en los últimos quince años se han producido los cambios más significativos.

Es a partir de los años setenta cuando aumenta el interés por cierto sector de la sociedad civil para que pacientes terminales con gran sufrimiento y enfermedades incurables puedan elegir cómo quieren morir. En términos jurídicos, habría que plantearse si realmente existe un derecho a la muerte; toda vez que el derecho nace para regular situaciones, lo que obliga a delimitar cuándo nos encontramos ante un derecho subjetivo de tal envergadura y cuándo no. Hubieron de pasar algunas décadas para que se produjera un pronunciamiento de un tribunal europeo. Al respecto, el Tribunal Europeo de Derechos Humanos dictó la sentencia *Pretty contra el Reino Unido* de 29 de abril de 2002, en el que Diane Pretty, paciente aquejada de una enfermedad terminal (esclerosis lateral amiotrófica), pedía que se le reconociera su derecho a morir por medio del cual pudiera elegir cuándo y cómo deseaba morir. El tribunal fundamentó la inexistencia de un derecho a la muerte, ya fuera con la ayuda de un tercero o con la asistencia de una autoridad pública. A juicio del tribunal, a la luz del artículo 2 del Convenio Europeo de Derechos Humanos, “el Estado debe tomar medidas adecuadas para salvaguardar la vida de quienes están bajo su jurisdicción”. “Esta obligación se extiende más allá del deber primordial de garantizar el derecho a la vida, estableciendo disposiciones penales eficaces para disuadir de la comisión de delitos contra la persona”, amparada por mecanismos de aplicación de la ley para prevenir, suprimir y sancionar las infracciones de tales disposiciones. También puede implicar, en determinadas circunstancias bien definidas, una “obligación positiva de las autoridades de adoptar medidas operativas preventivas para proteger a un individuo cuya vida está en riesgo de los actos delictivos de otra persona”. Por ello, el énfasis constante en todos los casos ante este tribunal ha sido la “obligación del Estado de proteger la vida”, de ahí que no pueda interpretarse que exista un contenido negativo. El artículo 2 de la Convención se comporta en términos distintos a como lo haría, por ejemplo, el derecho de asociación, al tratarse de cuestiones relacionadas con la calidad de vida o con lo que una persona elige hacer con su vida. Así el tribunal señala que estos aspectos son reconocidos como “tan fundamentales para la condición humana”, por lo que requieren de una “protección contra la injerencia del Estado”, reflejada “en los derechos garantizados por otros artículos de la Convención o en otros instrumentos internacionales de derechos humanos”.

Por tanto, “el artículo 2 no puede interpretarse, sin una distorsión del lenguaje, como un derecho diametralmente opuesto; a saber, el derecho a morir; ni puede crear un derecho a la autodeterminación en el sentido de conferir a un individuo el derecho a elegir la muerte más que la vida”⁶. Con esta argumentación el tribunal muestra la imposibilidad de poder derivar un derecho a la muerte o siquiera el llamado derecho a morir con dignidad.

En España fue la Sentencia del Tribunal Constitucional 120/1990, de 27 de junio, la encargada de intentar realizar esta labor delimitadora del supuesto derecho a la muerte, a propósito de la huelga de hambre de los presos de la organización GRAPO (Grupos de Resistencia Antifascista Primero de Octubre). Ellos pretendían que se les reconociera un derecho a la muerte en ejercicio de su derecho de libertad, que implicase el poder disponer de la propia salud y en sí de su vida. El citado tribunal argumentó que no cabía la posibilidad de un derecho a la muerte, cuyo reconocimiento implicase tener razones jurídicas para decidir, de forma libre y voluntaria, si se quiere seguir con vida o no, sin necesidad de límite alguno. El Tribunal Constitucional argumenta, en este punto, que el derecho a la vida tiene “un contenido de protección positiva que impide configurarlo como un derecho de libertad que incluya el derecho a la propia muerte”. Este supuesto derecho entra en conflicto con el tenor literal del derecho a la vida del art. 15 de la Constitución Española, además de que “existe un derecho-deber de la Administración penitenciaria de velar por la vida y salud de los internos sometidos a su custodia”. El tribunal pone de relieve que esto no es obstáculo para “reconocer que, siendo la vida un bien de la persona que se integra en el círculo de su libertad, pueda aquélla fácticamente disponer sobre su propia muerte, pero esa disposición constituye una manifestación del *agere licere*, en cuanto que la privación de la vida propia o la aceptación de la propia muerte es un acto que la ley no prohíbe y no, en ningún modo, un derecho subjetivo que implique la posibilidad de movilizar el apoyo del poder público para vencer la resistencia que se oponga a la voluntad de morir, ni, mucho menos, un derecho subjetivo de carácter fundamental en el que esa posibilidad se extienda incluso frente a la resistencia del legislador, que no puede reducir el contenido esencial del derecho”⁷. Es decir, el actuar lícito abarca una acción que puede estar permitida, pero carece del justo título habilitante para que el Estado nos pueda amparar reconociendo el derecho en cuestión. Así, la jurisprudencia constitucional española, deja bien claro que no hay tal derecho a morir, que posteriormente vendría a corroborar el Código Penal español al tipificar la eu-

⁶ STEDH *Pretty contra el Reino Unido* de 29 de abril de 2002, § 38 y 39.

⁷ Para estas argumentaciones, véase la STC 120/1990, Fundamentos Jurídicos 6 y 7. Criterio que aparece confirmado en la STC 154/2002 sobre el menor testigo de Jehová que no quiso recibir una transfusión de sangre.

tanasia activa directa en su artículo 143.⁴⁸ No obstante, el ordenamiento jurídico español permite que una persona pueda negarse a un tratamiento médico o, incluso, a la suspensión del que estaba llevando a cabo.

Por el contrario, desde determinado tipo de individualismo se hará hincapié en la autonomía de la voluntad del paciente para decidir, en todo momento y en cualquier circunstancia, hasta cuándo quiere vivir. Los que preconizan un derecho a morir con dignidad piden poder escoger la forma y el momento en que se producirá su muerte. Salen a la luz, indefectiblemente, las actitudes propias del permisivismo en contraposición al paternalismo que, aunque pueda sonar paradójico, hacen uso del término dignidad humana para defender con argumentos dos posturas que en buena medida son diametralmente opuestas. Con esto, se consigue hacer primar la autodeterminación del individuo con muy pocos límites. En este sentido, John Stuart Mill lo tendría muy claro: “El principio de libertad no puede exigir que una persona sea libre de no ser libre. No es libertad poder renunciar a la libertad”⁹. Desde una similar concepción liberal, Ronald Dworkin expone, en su conocido libro *Life's Dominion*, que “insistimos en la libertad porque valoramos la dignidad y ubicamos en su centro el derecho a ejercer la libertad de conciencia...”. De ahí que “es tan importante vivir de acuerdo con nuestra libertad como el hecho de disponer de ella”. Y a continuación añade: “La libertad de conciencia presupone la responsabilidad personal de reflexión, y pierde gran parte de su significado cuando se ignora esta responsabilidad. Una vida buena no precisa ser especialmente reflexiva; la mayoría de las mejores vidas son, justamente, las que han sido vividas y no las que sólo han sido planeadas”¹⁰. Al contrario de lo que dice Dworkin, la vida quizá pueda requerir de una mínima planificación de futuro en la que cada uno sepa a dónde quiere llegar. Un plan de vida está siempre inacabado quedando constantemente nuevas metas por cumplir.

El principio de autonomía de la voluntad prima en el paciente plenamente consciente y con posibilidad de realizar acciones para acabar con su vida, pero se vuelve problemática en el enfermo terminal. El contraargumento que utilizan los detractores de la eutanasia es la necesidad de que un tercero ayude de alguna

⁸ Así dice: “El que causare o cooperare activamente con actos necesarios y directos a la muerte de otro, por la petición expresa, seria e inequívoca de éste, en el caso de que la víctima sufriera una enfermedad grave que conduciría necesariamente a su muerte, o que produjera graves padecimientos permanentes y difíciles de soportar, será castigado con la pena inferior en uno o dos grados a las señaladas en los números 2 y 3 de este artículo”.

⁹ MILL, John Stuart, *On Liberty* (recurso electrónico), ElecBook, 2001, p. 145 (consultado el 28 de noviembre de 2016).

¹⁰ DWORKIN, Ronald, *Life's Dominion* (1993). Se cita por la edición española *El dominio de la vida. Una discusión acerca del aborto, la eutanasia y la libertad individual* (trad. de Ricardo Carraciolo y Víctor Ferreres), Ariel, Barcelona, 1994, pp. 313 y 314.

manera en la consecución de la muerte, unido a otros elementos no menos importantes como que la gestión de la propia muerte precisa de información adecuada al paciente. En cambio, los partidarios de la eutanasia, en el fondo, persiguen que la eutanasia y el suicidio asistido sean un acto médico más, dado que en ocasiones se llega al final de la vida en un estado deplorable y con tremendos sufrimientos. Boladeras, consciente de estos problemas, señala la siguiente definición de 'buena muerte' en su obra *Derecho a no sufrir*: "Aquella que se produce en condiciones propicias para el sujeto: ausencia de sufrimiento y temores, lugar, tiempo y entorno adecuados, capacidad de asumir su propia muerte"¹¹. Quizá sea más correcto hablar de que la muerte sea de calidad y serena; es decir, una muerte sin sufrimiento, pero sobre todo sin dolor, sin agonía y sin especiales sobresaltos. En una línea parecida, a la de Boladeras, Camps pone de relieve que "la buena vida debería incluir la buena muerte, de lo contrario rechazamos el privilegio de poder decidir sobre la bondad de la vida hasta el final de la misma. Otra cosa es que esa libertad de decisión sobre la propia muerte queramos convertirla en un derecho: el derecho a morir"¹². A partir de posiciones contrarias a la eutanasia, se considera que la buena muerte se realiza a través de actos estimables, por parte del profesional sanitario, que persiguen como efecto positivo aliviar el dolor sin el propósito de acelerar de forma intencionada la muerte, a pesar de ser consciente de que este efecto negativo pueda ocurrir. Esto es lo que se conoce comúnmente como principio del doble efecto.

Todas estas acciones persiguen, de una forma u otra, acabar con el sufrimiento del enfermo; en el fondo, ponen de relieve la forma de alcanzar una buena muerte, ya sea dejándolo morir o acabando con su vida por compasión y cumpliendo con las debidas cautelas. El sufrimiento es el factor clave utilizado por Boladeras para realizar una defensa de la eutanasia y el suicidio asistido, desde un punto de vista jurídico y sobre todo ético, partiendo del concepto de dignidad humana como una cualidad que "debe ser reconocida a toda persona como tal, y entre las obligaciones a este reconocimiento se encuentra el respeto a la concepción de la vida que tiene cada individuo y a las decisiones que toma en función de su autonomía". Por ello, propone "[e]l reconocimiento del valor de todas y cada una de las personas, en los otros y en uno mismo, es la base del sentido y la sensibilidad ética". Estos argumentos no hacen sino levantar acta de una idea que sobrevuela en todo el libro de la autora: "No es ético condenar al sufrimiento innecesario a personas que, consciente y responsablemente, han

¹¹ BOLADERAS, Margarita, *El derecho a no sufrir*, cit., p. 32.

¹² CAMPS, Victoria, *Una vida de calidad. Reflexiones sobre bioética*, Ares y Mares de la editorial Crítica, Barcelona, 2001, p. 79.

tomados sus propias decisiones”¹³. Al final parece ser una especie de juridificación por vía ética de un supuesto derecho a no sufrir.

3. DISTINTAS MANERAS DE CONCEPTUALIZAR LA EUTANASIA Y EL SUICIDIO ASISTIDO

Para continuar con la elaboración de un somero estado de la cuestión sobre el complejo y vidrioso tema de la eutanasia y el suicidio asistido, resulta preciso sentar algunos presupuestos de cara a aclarar el debate. Es sabido que el concepto de eutanasia no presenta una definición unívoca, por lo que no es fácil establecer unanimidad en cuanto a su significado. Etienne Montero utiliza una definición escueta al entenderla como “toda acción u omisión que por sí misma y de manera intencionada provoca la muerte de un enfermo para librarlo de sus sufrimientos”¹⁴. Incluye tanto las acciones referidas a la administración de una droga letal o de un cóctel de productos tóxicos acompañados de un paralizante neuromuscular intravenoso. Desde hace tiempo, no obstante, se presta especial atención a la eutanasia activa referida “únicamente a las acciones que tienen como finalidad la terminación intencionada de la vida de un paciente, sea o no terminal, a manos del profesional de la salud, a petición de aquél”¹⁵. En cambio, el suicidio asistido es una acción por la cual el médico ayuda, de manera intencional, al paciente que lo solicita expresa y voluntariamente a acabar con su vida o le proporciona los medios para hacerlo. Frente a una postura favorable a la eutanasia y/o el suicidio asistido, está la de quienes son favorables a la eutanasia activa tras la petición reflexiva y voluntaria de los pacientes en situaciones de degradación terminal y con sufrimientos insoportables. De todas formas, existen distintas posturas, desde el ámbito jurídico-constitucional, que no hacen sino evidenciar la dificultad del tema¹⁶.

Marina Gascón, por su parte, utiliza una definición más amplia y distinta de la de Montero al afirmar que “la eutanasia tiene que ver con provocar (por acción u omisión) la muerte de alguien en consideración a él mismo; es decir, por su bien, tanto si se actúa a petición suya como si se actúa sin su consentimiento”. La autora se refiere a que se trata de una conducta animada por un sentimiento de “piedad, compasión, humanidad o como quiera llamársele”¹⁷.

¹³ BOLADERAS Margarita, *El derecho a no sufrir. cit.*, pp. 147 y 148.

¹⁴ MONTERO, Etienne, *Cita con la muerte. 10 años de eutanasia legal en Bélgica* (Blanca Millán García y José Antonio Millán Alba, Rialp, Madrid, 2013, p. 16.

¹⁵ URRACA, Salvador, “Eutanasia: concepto y contexto”, en URRACA, Salvador (ed.), *Eutanasia hoy. Un debate abierto*, Noesis, Madrid, 1996, p. 44.

¹⁶ Véase REY, Fernando, *Eutanasia y derechos fundamentales*, Centro de Estudios Políticos y Constitucionales, Madrid, 2008, pp. 81-188.

¹⁷ GASCÓN, Marina, “¿De qué estamos hablando cuando hablamos de eutanasia?”, en *Revista Iberoamericana de Estudios Utilitaristas*, XI/2, 2002, pp. 59 y 61, respectivamente.

Con su postura, Gascón acaba por justificar el interés de debatir sobre el concepto de ‘eutanasia pasiva’ en el ámbito académico. Un debate que en cierta medida se pensaba ya superado; sin embargo, ella lo pone de nuevo en la picota por los avances tecnológicos que permiten alargar la vida del paciente cada vez más, apareciendo la ‘eutanasia pasiva’, “en este contexto de posible obstinación terapéutica”, “como una forma de gestión médica de la enfermedad, indicada cuando se pueden producir graves padecimientos inútilmente”¹⁸. Esto es, el hecho de interrumpir el tratamiento iniciado, ya sea con la retirada de medios de soporte vital o con la no iniciación de un tratamiento que pudiera ser factible. En estos casos, se puede producir la muerte de la persona respecto de la que se omite la acción que podía haberse evitado. Es pertinente matizar que si el médico administra una dosis proporcionada al enfermo terminal no se consideraría realmente eutanasia, dado que la intencionalidad del sujeto resulta clave en este punto. Ollero, en su libro *Bioderecho*, da cuenta de que hablar de ‘eutanasia pasiva’, sobre todo, “[c]uando se la confunde con la mera renuncia a un ‘encarnizamiento terapéutico’ –sin defensor conocido– ayuda a dar por supuesta la existencia de una redundante ‘eutanasia buena’, lo que liberaría al término de verse considerado como absolutamente rechazable. Utilizado el término con rigor, designaría en realidad la provocación de una muerte por omisión del necesario socorro”¹⁹. Ese deslinde de propuestas éticamente rechazables a la hora de hablar de la ‘eutanasia pasiva’ es criticado por Singer. Su discrepancia se centra en que los defensores de la ética tradicional intentan “convencerse a sí mismos de su decisión de retirar del respirador a una persona en coma irreversible no tiene nada que ver con la mala calidad de vida del paciente. Suministran a los pacientes con enfermedades terminales enormes dosis de morfina que saben que acortarán sus vidas, pero dicen que esto no es eutanasia porque su intención manifiesta es aliviar el dolor. Seleccionan a niños con graves discapacidades para que ‘no se les aplique ningún tratamiento’ y se aseguran de que mueran, sin considerarse a sí mismos asesinos”²⁰.

En la actualidad, junto a los tipos clásicos de eutanasia han surgido algunos neologismos sustitutivos de este término, pero que no tienen especial interés para la cuestión que ahora ocupa. No obstante, se pueden destacar los siguientes con sus respectivos significados: la distanasia, entendida como la prolongación artificial de la vida biológica de un paciente con una enfermedad irreversible o

¹⁸ GASCÓN, Marina, “¿De qué estamos hablando cuando hablamos de eutanasia?”, *cit.*, p. 60.

¹⁹ OLLERO, Andrés, *Bioderecho. Entre la vida y la muerte*, Thomson-Aranzadi, Cizur Menor, 2006, p. 192.

²⁰ SINGER, Peter, *Rethinking Life and Death* (1995). Se cita por la edición española *Repensar la vida y la muerte. El derrumbe de nuestra ética tradicional* (trad. de Yolanda Fontal y revisión de Lorenzo Peña), Paidós, Barcelona, 1997, p. 186.

terminal mediante la tecnología médica. Asimismo, se encuentra la adistanasia o antidistanasia que es la cesación de la prolongación artificial de la vida dejando que el proceso patológico termine con la vida del enfermo. También existe la ortotanasia que significa el morir a tiempo, cuyo término es asimilable al de eutanasia pasiva. Esto es, se respeta el proceso natural de la muerte con la finalidad de paliar los dolores administrando dosis proporcionadas de fármacos, sabiendo que podrán suponer un acortamiento de la vida. Y, por último, la cactotanasia, que supone acelerar deliberadamente la muerte de un enfermo sin que medie voluntad expresa por su parte. Equivale, a veces, a lo que en otras ocasiones se denomina eutanasia activa involuntaria²¹. En sí, se trata de términos que no han acabado de calar entre los distintos profesionales de la bioética y el bioderecho.

Para Gascón, la obstinación terapéutica es el presupuesto para la eutanasia pasiva. La obstinación o encarnizamiento terapéutico, a partir de una definición extensa, significa la “situación en la que a una persona, que se encuentra en situación terminal²² o de agonía²³ se le inician o mantienen medidas de soporte vital u otras intervenciones carentes de utilidad clínica, que únicamente prolongan su vida biológica, sin posibilidades reales de mejora o recuperación, siendo, en consecuencia, susceptibles de limitación”²⁴. La actitud paternalista de rechazo a la eutanasia activa directa, sostenida por los detractores de la eutanasia, no obedece cuando se habla de la limitación de esfuerzo terapéutico²⁵. La intencionalidad cobra un papel fundamental al no perseguirse el resultado muerte como ocurre en la eutanasia activa directa, siendo cuestión diferente la de la eutanasia indirecta que se podría entender como una ayuda en el morir con la administración, por ejemplo, de analgésicos por parte del médico, pero cuyo efecto no deseado sería el acortamiento de la vida del paciente. Montero no considera muy adecuada la expresión eutanasia indirecta, aunque se muestra partidario de la sedación paliativa administrada en dosis proporcionadas para reducir o quitar el dolor de un paciente que presenta un cuadro de síntomas refractarios determinado. Así, considera razonable plantearse en determinados casos una sedación reversible, la cual “permite alternar periodos de inconscien-

²¹ Véase SIMÓN, Pablo y COUCEIRO, Azucena, “Decisiones éticas conflictivas en torno al final de la vida: una introducción general y un marco de análisis”, en URRACA, Salvador (ed.), *Eutanasia hoy*, cit., p. 317.

²² Consiste en la “presencia de una enfermedad avanzada, incurable y progresiva, sin posibilidades razonables de respuesta al tratamiento específico, con un pronóstico de vida limitado y en la que pueden concurrir síntomas intensos y cambiantes que requieran una asistencia paliativa específica”. La definición es tomada del art. 5 de la Ley de la Comunidad Autónoma de Andalucía 2/2010, de 8 de abril, de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de la muerte.

²³ Es aquel estado que precede a la muerte, en el cual la vida se va extinguiendo de forma gradual.

²⁴ Así la define el art. 5 de la Ley de la Comunidad Autónoma de Andalucía 2/2010, cit.

²⁵ REY, Fernando, *Eutanasia y derechos fundamentales*, cit., p. 168.

cia con períodos de lucidez”, una sedación controlada en el que las familias realizan un papel loable “en la adaptación regular de las dosis según las necesidades”, y una sedación de urgencia “para afrontar un sufrimiento muy particular, considerado como catastrófico”²⁶. Claro está, siempre y cuando no tengan el propósito de ser una eutanasia encubierta.

A la vista de este panorama, parece que la enfermedad, la salud y en sí la vida son cuestiones de valor sujetas a gradaciones, hecho que hace plausible la distinción entre medios ordinarios y extraordinarios, la evitación del encarnizamiento terapéutico y el uso de los cuidados paliativos.

En primer lugar, desde el punto de vista de la terapia es posible distinguir entre medios ordinarios y extraordinarios (o más exactamente, entre proporcionados y desproporcionados). Los primeros pueden entenderse como aquel conjunto de cuidados y tratamientos, entre otros, que ofrecen una mejora del paciente sin llevarle aparejados inconvenientes excesivos o un coste elevado en función del beneficio a conseguir. En cambio, los medios extraordinarios serían aquellos en los que el beneficio reportado es prácticamente nulo o suponen un coste excesivo. En lo referente a la utilización de estos medios resulta difícil establecer una distinción inamovible, ya que éstos que hoy resultan totalmente habituales hace poco tiempo fueron considerados como extraordinarios; más aún, lo que en unos casos resulta extraordinario en otros no lo será. Su utilización es proporcionada y éticamente obligatoria en casos de higiene, alimentación e hidratación, dado que son unos cuidados básicos que a ningún paciente se le pueden obviar. En relación a ello, los defensores de la eutanasia, según Hendin, afirman la inexistencia de una clara distinción “entre interrumpir la nutrición e hidratación de pacientes moribundos semiconscientes y acabar deliberadamente con su vida”²⁷.

En segundo lugar, un debate muy controvertido, relacionado con el encarnizamiento terapéutico, es el de la limitación del esfuerzo terapéutico. Este concepto consiste en la decisión de “retirada o no instauración de una medida de soporte vital o de cualquier otra intervención que, dado el mal pronóstico de la persona en términos de cantidad y calidad de vida futuras, constituye, a juicio de los profesionales sanitarios implicados, algo fútil, que solo contribuye a prolongar en el tiempo una situación clínica carente de expectativas razonables de mejoría”²⁸. El problema radica en que no hay siempre acuerdo a la hora de valorar la desproporción entre la finalidad perseguida y los medios utilizados.

Por último, la cuestión de los cuidados paliativos nace con la pregunta acerca del sufrimiento insoportable. Una construcción mental muy propia de Occidente que parece tiene su sentido cuando ya no se puede curar, surgiendo

²⁶ Véase MONTERO, Etienne, *Cita con la muerte*, cit., pp. 17, 29 y 30.

²⁷ HENDIN, Herbert, *Seducidos por la muerte*, cit., p. 275.

²⁸ Para la definición, véase el art. 5 de la Ley de la Comunidad Autónoma de Andalucía 2/2010, cit.

así la necesidad de cuidar, aliviar y, si es posible, quitar el dolor. Los cuidados paliativos son aquel conjunto coordinado de tratamientos básicos de diversa índole que, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), son el “enfoque que mejora de la calidad de vida de los pacientes y de sus familias, que se enfrentan a los problemas asociados con enfermedades amenazantes para la vida, mediante la prevención y el alivio del sufrimiento, por medio de la identificación temprana y la impecable evaluación y el tratamiento del dolor y otros problemas físicos, psicosociales y espirituales”²⁹. Los defensores de la vida consideran más importante mejorar las condiciones de los pacientes con enfermedades terminales, a través de los cuidados paliativos, que dejar que el paciente decida si quiere o no acabar con su vida. La aplicación de los cuidados paliativos se produce cuando se realiza el diagnóstico a un paciente de una enfermedad progresiva e incurable como también durante su tratamiento y posterior seguimiento, o incluso en los últimos días de su vida. Hoy en día, los cuidados paliativos se ponen en el punto de mira, en un contexto de crisis económica, por su alto coste para la sanidad pública de distintos países en comparación al beneficio que se puede obtener, dado que ya no se puede curar al paciente.

Como se ha visto, el debate contemporáneo en torno a la eutanasia y el suicidio asistido está abierto y en él no existen todavía argumentos apodícticos. En este contexto, no es raro que desde hace tiempo se hayan publicado distintas obras colectivas tendentes tanto a recoger una pluralidad de concepciones como a mostrar posturas en una única dirección. Botón de muestra del primer caso, es la conocida obra *Euthanasia Examined* de 1995 editada por John Keown, la cual ha visto la luz también en su edición española, que recoge —entre otros trabajos— una serie de artículos, a modo de réplicas y contrarréplicas, entre John Harris y John Finnis. Harris parte de una definición de eutanasia quizá demasiado inclusiva al entenderla como “la aplicación de la decisión de hacer que termine una vida que habría podido prolongarse. En esta decisión puede intervenir directamente un agente externo (eutanasia activa) o puede tratarse de la suspensión de las medidas de conservación de la vida (eutanasia pasiva)”. El autor se está refiriendo a una eutanasia voluntaria en la que es inútil una diferencia entre eutanasia activa y pasiva, teniendo en cuenta que lo que los individuos piensan en términos éticos acerca de la eutanasia depende del tratamiento que haga del valor de la vida³⁰. Cuando Harris describe, en buen tono, qué es ser persona, presta especial atención a “sus capacidades y poten-

²⁹ Se remite a la definición aparecida en la web de la OMS dispone en <www.who.int/cancer/palliative/definition/en/> (consultado el 28 de noviembre de 2016).

³⁰ Se cita por la edición española HARRIS, John, “La eutanasia y el valor de la vida”, en KEOWN, John (compilador), *La eutanasia examinada. Perspectivas éticas, clínicas y legales* (trad. de Esteban Torres Alexander), Fondo de Cultura Económica, México, 2004, pp. 30 y 31.

cialidades más que por su pertenencia a una especie”, por lo que “incluye a la mayoría de los seres humanos desde su nacimiento, y tal vez incluso algunos animales”³¹. Es ahí donde radica una de las discrepancias con Finnis, que considera que el ser humano es una persona hasta su muerte, incluso cuando su cerebro aún no se haya desarrollado o esté tan dañado que se haya reducido o destruido su capacidad de llevar a cabo actos intelectuales³². El debate entre ambos también se centra en la importancia de la intencionalidad de los actos, en cuyo caso son importantes tanto las consecuencias que voluntariamente se querían como las que no se deseaban de forma consciente³³.

Más recientemente, como ejemplo del segundo grupo, ha aparecido el libro *New Directions in the Ethics of Assisted Suicide and Euthanasia*, en el que se ponen de relieve distintas perspectivas tendentes a justificar ética y/o jurídicamente la llamada muerte asistida (*assisted dying*). Savulescu diferencia entre eutanasia no voluntaria e involuntaria, argumentando que en la primera el sujeto es incapaz de expresar su preferencia y, en la segunda, la acción u omisión se realiza contra los deseos del sujeto³⁴. Su tesis radica en justificar la eutanasia para promover los intereses del paciente, de ahí que esta práctica se deba llevar a cabo por los médicos como parte de la medicina. Esto requiere determinar que objetivamente la vida no vale la pena ser vivida³⁵. Da la sensación de que Savulescu considera la eutanasia como un acto médico. La aplicación de este par de conceptos a la discusión sobre la eutanasia lleva a afirmar que la omisión de la aplicación de los medios extraordinarios, en un enfermo próximo a la muerte, podría calificarse como una admisible ‘eutanasia pasiva’. Por el contrario, si lo que se omitieran fueran los medios ordinarios se estaría ante una práctica éticamente inaceptable, ya que se le negaría al paciente algo de lo que no se le puede privar. Desde el mismo punto de vista legal, el médico podría incurrir en responsabilidades penales o civiles, por actuaciones presuntamente negligentes.

En otro de los trabajos, Bullock utiliza la muerte asistida para abarcar la eutanasia voluntaria y el suicidio médicamente asistido. Para tal propósito, analiza el consentimiento informado y el respeto por la autonomía del paciente, así como la autonomía y la auto-determinación, con el objetivo de establecer dos

³¹ HARRIS, John, “La eutanasia y el valor de la vida”, *cit.*, p. 32.

³² FINNIS, John, “Un argumento filosófico contra la eutanasia”, en KEOWN, John (compilador), *La eutanasia examinada*, *cit.*, pp. 59 y 60.

³³ HARRIS, John, “Réplica a John Finnis”, KEOWN, John (compilador), *La eutanasia examinada*, *cit.*, p. 66.

³⁴ SAVULESCU, Julian, “Autonomy, Interests, Justice and Active Medical Euthanasia”, CHOLBI, Michael y VARELIUS, Jukka (eds.), *New Directions in the Ethics of Assisted Suicide and Euthanasia*, Springer, Heidelberg, New York, Dordrecht, London, 2015, p. 41.

³⁵ SAVULESCU, Julian, “Autonomy, Interests, Justice and Active Medical Euthanasia”, *cit.*, pp. 54 y 55.

condiciones morales necesarias para la permisividad moral de la muerte asistida: por un lado, que ésta sea en el mejor interés objetivo del paciente; por otro, que la muerte asistida haya sido aceptada por el paciente³⁶.

Por su parte, Varelius sostiene a la vista de la reciente literatura científica en materia de ética médica, que cabría la muerte éticamente asistida en algunos casos de pacientes psiquiátricos que son incapaces para tomar decisiones autónomas sobre el final de su vida, como sería el caso de enfermedades incurables y que, de forma persistente, quieren terminar con una existencia que encuentran insoportable. En sí se entendería como una forma de alivio del sufrimiento³⁷.

Los canadienses Downie y Smith, en su trabajo *Assisted Dying for Individuals with Dementia*, sostienen que es posible convertir un deseo en derecho, por lo que en esa transición hay que tener presente el sufrimiento físico pero también el psíquico motivado por emociones tales como el miedo, la frustración y el dolor por la pérdida de su autoconsciencia y de las relaciones con los otros³⁸. En 2016, Canadá aprobó una ley que reconoce la no punibilidad de la eutanasia y el suicidio asistido, siendo la demencia una de la cuestiones que no deja clara y que afecta a los pacientes más vulnerables que se encuentren en esta situación. Dos años antes, después de una tramitación parlamentaria larga y ampliamente debatida, Quebec abrió la puerta para ayudar a morir a pacientes incurables con sufrimiento constante e insoportable.

Otro asunto también controvertido, es de la pendiente resbaladiza, que consiste en la ampliación progresiva de los supuestos y condiciones relacionadas con la eutanasia y el suicidio asistido, respecto de casos que inicialmente el legislador no había regulado, de forma deliberada, al no desear que éstos se produjeran en el futuro. Una deriva hacia casos que no contemplaba la norma, pero que en la práctica se han ido produciendo de hecho o que, incluso, más tarde se ha legislado sobre ellos. Ya sea desde la regulación del suicidio asistido hasta permitir la eutanasia, de la práctica de la eutanasia y el suicidio asistido en enfermos terminales a hacerlo en enfermos crónicos, de la legalización de la eutanasia voluntaria al reconocimiento de la no voluntaria, etc. A partir de esta postura se teme que si al principio se empiezan a aceptar determinadas prácticas médicas controladas, al final se acabe legalizando el suicidio asistido

³⁶ Véase BULLOCK, Emma C., "Assisted Dying and the Proper Role of Patient Autonomy", en CHOLBI, Michael y VARELIUS, Jukka (eds.), *New Directions in the Ethics of Assisted Suicide and Euthanasia*, cit., pp. 11-16 y 23.

³⁷ Véase VARELIUS, Jukka, "Mental Illness, Lack of Autonomy, and Physician-Assisted Death", en CHOLBI, Michael y VARELIUS, Jukka (eds.), *New Directions in the Ethics of Assisted Suicide and Euthanasia*, cit., pp. 59-77.

³⁸ DOWNIE, Jocelyn y SMITH, Georgia Lloyd, "Assisted Dying for Individuals with Dementia: Challenges for Translating Ethical Positions into Law", en CHOLBI, Michael y VARELIUS, Jukka (eds.), *New Directions in the Ethics of Assisted Suicide and Euthanasia*, cit., p. 115.

o prácticas similares que todavía no han sido asimiladas por la profesión médica y en la sociedad civil en su conjunto. El miedo que se tiene a que la pendiente resbaladiza sea un hecho y acabe convirtiendo la regla general en excepción³⁹. Esta preocupación está presente en Montero el cual, en el prólogo a la edición española de *Seduced by Death*, hace hincapié en que el “buen legislador debe evitar lo que cierta sociología jurídica denomina el ‘efecto macedonio’, es decir, esa tendencia desacertada a moldear una regla general sobre la base de unos casos excepcionales o marginales”. Llevada esta lógica hasta el extremo, supondría la “abolición del derecho penal, pues toda regla plantea más o menos problemas en los límites del ámbito que regula”⁴⁰. A partir de esta argumentación puede resultar probable que se admita la eutanasia para personas que no pueden solicitarla o no estén sufriendo de manera insoportable. Si se empieza por ahí se puede llegar a admitir la eutanasia involuntaria, caso en que el paciente se siente incapaz de prestar su consentimiento de que quiere seguir viviendo; por ejemplo, adultos o niños en un estadio avanzado de su enfermedad que no han expresado su deseo de que se les aplique la eutanasia antes de estar incapacitados.

Boladeras, por su parte, acude a la casuística de conocidos casos problemáticos en el final de la vida no sólo con una finalidad informativa sino también justificativa, en el cual se entremezclan situaciones dramáticas con una fuerte carga emocional. Este abanico de ‘casos difíciles’ sirve a la autora para destacar la problemática de las diferentes situaciones y postular la posibilidad de que en ciertos casos pueda practicarse la eutanasia con las debidas cautelas éticas⁴¹. Se plantea como problema cuando el paciente se siente incapaz de prestar su consentimiento de que quiere seguir viviendo como en los casos de enfermos en estado vegetativo persistente y no se encuentran en situación terminal o de agonía con un pronóstico de vida limitado (normalmente inferior a seis meses), ni presentan dolor ni sufrimiento; al contrario, su estado puede prolongarse hasta por varios años. Muchas veces este tipo casos vienen a resultar ejemplificativos de una realidad particular existente, pero no representan la generalidad y práctica común de varios de los casos de eutanasia y suicidio asistido que ocurren diariamente en los hospitales. Algunos sectores doctrinales muestran a las claras esa preocupación: “La búsqueda de una solución a casos concretos dignos de

³⁹ Ya, en los años ochenta del siglo pasado, Arthur Kaufmann advertía de la posibilidad de este peligro, “¿Relativización de la Protección Jurídica de la Vida?” (trad. de Jesús María Silva), en *Cuadernos de política criminal*, 31, 1987, p. 52. En origen fue una conferencia dictada en la Universidad de Barcelona. Más tarde, este trabajo aparecería incluido en SCHÜNEMANN, Bernd *et al* (eds.), *Festschrift für Claus Roxin zum 70. Geburtstag am 15. Mai 2001*, Walter de Gruyter, Berlin, New York, 2001, pp. 841-853.

⁴⁰ Prólogo de Etienne Montero a la edición española HENDIN, Herbert, *Seducidos por la muerte*, *cit.*, pp. 10 y 11. Similares afirmaciones en MONTERO, Etienne, *Cita con la muerte*, *cit.*, p. 110.

⁴¹ BOLADERAS Margarita, *El derecho a no sufrir*, *cit.*, pp. 85-120.

piedad podría acabar traduciéndose en el cambio radical de un ámbito de actividad social, como consecuencia inevitable de la conversión de la excepción en norma⁴².

Al hilo del argumento de la pendiente resbaladiza, Montero hace hincapié en no seguir el camino de la “retórica catastrofista”, que no hace sino facilitar “la crítica del argumento”. A renglón seguido, añade: “Algunos adversarios de la eutanasia han hecho así un uso torcido de esta teoría, agitando el espectro de los crímenes nazis, y sugiriendo que nos dirigimos hacia el mismo tipo de horrores en cuanto se legalice la eutanasia voluntaria. Con el paso del tiempo no se observan esas derivas...y toda esa dialéctica alarmista resulta muy debilitada, cuando no, y con toda razón, ridiculizada”⁴³. En esa parte uno podría estar de acuerdo en no regocijarse en la retórica catastrofista; pero no con el hecho de olvidar el pasado y obviar un ejercicio sistematizado de diferenciación entre distintos casos acaecidos durante el nacionalsocialismo en relación con las denominadas ‘vidas carentes de valor vital’, con el fin de exponer que determinadas prácticas perpetradas en la época nazi también fueron realizadas, en otros países fuera de Alemania, antes y después de aquel periodo. Por ello, no está de más traer a colación la afirmación de Arthur Kaufmann, el cual vivió muy de cerca la experiencia nazi, cuando señala: “Se encuentra fuera de discusión la prohibición del homicidio, y cuando hoy, de nuevo –a pesar de las malas experiencias del llamado Decreto de eutanasia de Hitler–, se pronuncian las voces de aquellos que abogan por ella, así sea limitada, es preciso tener cuidado a fin de que no ocurra otra vez una desgracia”⁴⁴. Al mismo tiempo, el autor alemán reconoce el choque que provocó el ‘programa de eutanasia’ ejecutado por los oficiales nazis en contra del pueblo alemán, no ya tanto por la autorización de una ‘muerte suave’ para los moribundos, sino por el asesinato de enfermos mentales y las ‘existencias lastre’ (*Ballastexistenzen*). Término que fue utilizado por el Tercer Reich, a pesar de no ser una invención del régimen nazi. Es preciso decir que el programa de eutanasia nazi de septiembre de 1939 a agosto de 1941 no significó el inicio de la ‘eutanasia’, sino que comenzó tiempo antes⁴⁶.

⁴² OLLERO, Andrés, *Bioderecho. Entre la vida y la muerte*, Thomson-Aranzadi, Cizur Menor, 2006, p. 227.

⁴³ MONTERO, Etienne, *Cita con la muerte, cit.*, p. 96.

⁴⁴ KAUFMANN, Arthur, “Zur ethischen und strafrechtlichen Beurteilung der sogenannten Früheuthanasie”, en *JuristenZeitung*, año 37, 1982, p. 482.

⁴⁵ KAUFMANN, Arthur, “Euthanasie – Selbsttötung – Tötung auf Verlangen”, en *Strafrecht zwischen Gestern und Morgen*, Ausgewählte Aufsätze und Vorträge, Carl Heymann, Köln, Berlin, München, 1983, p. 97.

⁴⁶ Son esclarecedoras las aportaciones realizadas por Ernst Klee a la luz de varios documentos analizados, *‘Euthanasie’ im NS-Staat. Die ‘Vernichtung lebensunwerten Lebens’*, Fischer, Frankfurt am Main, 1993. En particular, la segunda parte (pp. 34-75) y la tercera (pp. 76-108).

A propósito de este tema, en el año 2014, se publicó la obra *Los olvidados del nacionalsocialismo* que presenta especial atención en distintos capítulos al tratamiento de las llamadas ‘vidas carentes de valor vital’ en Alemania y en Estados Unidos desde mediados del siglo XIX en adelante, para poner de relieve que las ideas de selección y mejora de la raza ya estaban presentes en obras de influyentes pensadores y en la mentalidad de relevantes personajes antes de la llegada al poder de los nazis. Se muestra un debate de las ideas que puede resultar interesante para clarificar con documentos que muchas de las prácticas ‘eutanasicas’ y eugenésicas tenían su caldo de cultivo en la época romántica. Es lícito recordar que durante el nacionalsocialismo imperaba una cultura partidaria de la higiene racial y la selección de la raza, que se detecta en distintas épocas y pensadores, por lo que a pesar de que las coordinadas histórico-políticas sean diferentes las tendencias resultan similares⁴⁷.

4. NOTAS ACERCA DE LA EUTANASIA Y EL SUICIDIO ASISTIDO EN EL DERECHO COMPARADO

En los países que han regulado la eutanasia y/o el suicidio asistido prima la idea de que el sufrimiento insoportable y continuo carece de sentido, particularmente en determinadas condiciones. Desde una óptica legislativa contraria, se piensa que el sufrimiento es posible gestionarlo de diferentes maneras, siendo una de ellas trazar un plan adecuado de cuidados paliativos. Ahora bien, en este apartado se centra la mirada en la legislación europea en materia de eutanasia y suicidio asistido, aunque se realizan ciertas referencias a algunos países fuera de este entorno por la repercusión que han tenido a nivel internacional.

Como país pionero en esta materia destaca Suiza que prohíbe la eutanasia (*Sterbehilfe*) y permite, desde 1942, el suicidio asistido (*Suizidbeihilfe* o *Beihilfe zum Suizid*) para todo aquel individuo que lo solicite pueda decidir y ser ayudado a terminar con su vida, a condición de que no se haga por motivos egoístas, según se desprende del artículo 115 de su Código Penal. Por otra parte, el artículo 114 prohíbe la eutanasia activa voluntaria y el 113 la eutanasia activa no voluntaria, pero se permiten suspender medidas de conservación de la vida del paciente. El médico únicamente facilita el fármaco y es el paciente el que tiene que tomarlo. Para esta tarea existen algunas asociaciones que ayudan durante el proceso⁴⁸. La normativa en general denota falta de claridad y adolece de cierta

⁴⁷ SANTOS, José Antonio, *Los olvidados del nacionalsocialismo. Repensar la memoria*, Centro de Estudios Políticos y Constitucionales, Madrid, 2014, 205 pp. Especialmente, pp. 36-137.

⁴⁸ Para más en profundidad, véase BOSSHARD, Georg, “Switzerland”, en GRIFFITHS, John, WEYERS, Heleen, ADAMS, Maurice (eds.), *Euthanasia and Law in Europe*, Hart Publishing, Oxford y Portland, 2008, pp. 461-481.

indeterminación, a diferencia de otras leyes actuales que gozan de una mayor técnica legislativa como las de Bélgica, Luxemburgo y Canadá, a pesar de tener partes discutibles.

En los Países Bajos goza de gran fuerza la *Royal Dutch Medical Association* (KNMG), asociación privada de la que forman parte la mayoría de los médicos del país, la cual ha apoyado desde la década de los ochenta la legalización de la eutanasia y cuyas directrices han influido sobremanera en la elaboración de la Ley de 1 de abril de 2002, de Terminación de la vida a petición propia y de auxilio al suicidio⁴⁹. La presente Ley establece la posibilidad de que se le ayude a morir al paciente. Según dispone el apartado 1 del artículo 2, la solicitud tiene que ser realizada por un paciente mayor de edad o menor emancipado, capaz, de forma voluntaria y meditada. Éste debe presentar una enfermedad con sufrimientos insoportables y sin perspectiva de mejora, habiendo analizado junto con el médico que no existen alternativas razonables. El médico que atiende al paciente debe haber consultado, por lo menos, con un médico independiente que valore al paciente y emita un informe por escrito sobre el cumplimiento de los requisitos legales, para se pueda llevar a cabo la eutanasia o el suicidio asistido. Ya en el apartado 2 se afirma que el médico podrá atender la solicitud del paciente de al menos 16 años, si ya no se encuentra en condiciones de expresar su voluntad pero lo estuvo en condiciones de hacerlo antes de pasar a la situación actual, que hubiera realizado una declaración por escrito en la que aparezca su petición de acabar con su vida. En el apartado 3 se establece una franja de edad entre los 16 y 18 años, la cual puede ser suficiente para considerar al menor como maduro para realizar una solicitud de terminar con su vida o de suicidio asistido, siempre y cuando los padres, o el padre o la madre, que ejerzan la patria potestad o persona que tenga la tutela del menor participen en la toma de decisión. Por último, el apartado 4 recoge el caso del menor maduro mayor de 12 y menor de 16 años, al que también se le podrá considerar apto para tomar una decisión en el final de su vida, a condición de que sus padres, o uno de ellos, que ejerzan la patria potestad o la persona que ostente la tutela del menor estén de acuerdo en que se lleve a efecto esa petición.

Para tal procedimiento, se crean comisiones regionales encargadas de la supervisión de la terminación de la vida a petición propia y del auxilio al suicidio. Cada comisión está formada por un número impar de miembros, en el que uno de ellos es jurista, ejerciendo en calidad de presidente, un médico y un experto en cuestiones éticas. La comisión se encarga de verificar si el médico ha actuado, una vez practicada la eutanasia, de acuerdo a los requisitos establecidos en el artículo 2 de la ley. Si se cree conveniente, la comisión puede

⁴⁹ WEYERS, Heleen, "The Netherlands and the Dutch Health Care System", en GRIFFITHS, John, WEYERS, Heleen, ADAMS, Maurice (eds.), *Euthanasia and Law in Europe, cit.*, p. 20.

solicitar mayor información al médico que ha practicado la eutanasia o el suicidio asistido, respecto del informe presentado; al igual que recabar información al médico forense, al médico encargado de asesorar o a los asistentes, en caso de que fuera necesario.

La eutanasia y el suicidio asistido en los Países Bajos ha sido objeto pormenorizado en la conocida obra de Herbert Hendin titulada *Seduced by Death*, que analiza documentadamente a través de fuentes académicas y de testimonios de pacientes y especialistas la situación actual y los cambios producidos en aquel país. El autor se muestra crítico con la progresión de la eutanasia en los Países Bajos. A su parecer, la ley, a pesar de establecer “ciertas penas a quienes aplican la eutanasia”, también lo hace, “aunque en menor medida”, con aquellos “a quienes ayudan en un suicidio”; previendo a la vez la misma ley “excepciones para su propia aplicación”. Es un dato a tener en cuenta que, en las últimas décadas, “los tribunales holandeses han decretado que la *fuerza mayor* es una de esas excepciones; por esta razón, la eutanasia es permitida cuando el médico se encuentra entre la prohibición legal de aplicar la eutanasia y su responsabilidad de ayudar a un paciente cuyo sufrimiento irremediable la hace necesaria”⁵⁰. Una situación que ha calado hondamente en los médicos que ya ven la eutanasia como un acto médico más, sin mayores reparos, siendo incluso los tribunales alentadores indirectos de “los médicos a tomar ese tipo de decisiones”⁵¹.

Para Hendin, resulta muy difícil revertir la mentalidad eutanásica en los Países Bajos: “[E]l estamento médico holandés ha tomado partido por la defensa de la eutanasia, y la autoridad de ese estamento está menos expuesta a la crítica de lo que estaría en Estados Unidos. Los médicos han sido educados allí para la eutanasia más que para los cuidados paliativos, y la opinión pública no está enterada de que en el tratamiento de los enfermos terminales existen otras opciones que la de tener que sufrir o acelerar la muerte”⁵². En términos generales, la sensación de Hendin es que un cambio de mentalidad en sentido contrario resulta imposible.

Por otra parte, resulta destacable la Ley belga, de 28 de mayo de 2002, sobre eutanasia, al tratarse de un texto normativo más detallado que el promulgado en los Países Bajos, aunque siga las huellas dejadas por éste. Es posible, según Adams, distinguir varios periodos hasta llegar a la actual ley. El primero abarca de 1980 a 1997, en el que la presencia de los democristianos en el Gobierno hacía imposible que prosperase cualquier regulación sobre la eutanasia y otras decisiones en el final de la vida, a pesar de los distintos proyectos que se presentaron. El segundo discurre entre 1997 y 1999, siendo importante este

⁵⁰ HENDIN, Herbert, *Seducidos por la muerte*, cit., p. 78.

⁵¹ HENDIN, Herbert, *Seducidos por la muerte*, cit., p. 126.

⁵² HENDIN, Herbert, *Seducidos por la muerte*, cit., p. 26.

periodo por la elaboración de la primera Recomendación de 12 de mayo de 1997, por el Comité Consultivo de Bioética, entorno a la conveniencia de una regulación legal de la eutanasia. Esta recomendación sirvió de base para un debate en el Senado los días 9 y 10 de diciembre de ese mismo año. El 22 de febrero de 1999 dicho comité llevó a cabo otra recomendación sobre el final de la vida en pacientes incompetentes. Por último, el tercer periodo comprendido entre 1999 y 2002 abría una nueva etapa sin los democristianos en el poder, circunstancia que posibilitaría la entrada de otras propuestas que tenían como eje central la autodeterminación. Las acciones realizadas para consensuar un texto dieron lugar a un proyecto de ley presentado por la mayoría política que, con diferentes cambios, fue aprobado primero, el 25 de octubre de 2001, por el Senado, y después, el 16 de mayo de 2002, por la Cámara de los Representantes⁵³.

La norma sobre eutanasia declara exento de responsabilidad penal a todo médico que practique la eutanasia bajo determinadas condiciones. Así, según dispone el artículo 3, para solicitar la eutanasia el paciente debe ser mayor edad o menor emancipado⁵⁴, capaz y consciente. Su petición debe ser libre, voluntaria, por escrito, reflexionada, reiterada y sin presiones de ningún tipo. El paciente debe padecer un sufrimiento físico o psíquico constante e insoportable, que no pueda ser aliviado y que resulte de una afección accidental o patológica grave e incurable. Seguidamente, el mismo artículo señala la obligación del médico de informar al paciente sobre su estado de salud y pronóstico, así como discutir con él tratamientos alternativos que podrían mejorar su situación y tener la convicción de que no existe otra solución viable para su caso.

Con el objetivo de certificar el carácter permanente del sufrimiento físico o psíquico del paciente se mantienen entrevistas espaciadas en el tiempo, atendiendo a la evolución de su salud. Será preciso consultar a otro médico especialista en la patología del paciente, para que una vez examinado a éste emita un informe que asegure que el enfermo padece sufrimientos físicos o psíquicos constantes, insoportables y sin posibilidad de tratamiento. Si el médico dictamina que la muerte del paciente no sucederá a corto plazo deberá consultar a un segundo médico, psiquiatra o especialista en la patología presentada por el paciente, que asegure mediante un informe el carácter voluntario, reflexionado, constante, insoportable y no susceptible de mejoría del sufrimiento físico o psíquico padecido. El profesional sanitario debe ser independiente en relación al paciente, al médico habitual y al primer médico consultado.

⁵³ Véase ADAMS, Maurice, "The Legalisation of Euthanasia in Belgium", en GRIFFITHS, John, WEYERS, Heleen, ADAMS, Maurice (eds.), *Euthanasia and Law in Europe*, cit., pp. 276-291.

⁵⁴ En 2014, se incluyó por ley a los menores de edad con capacidad de discernimiento como sujetos capaces de solicitar la eutanasia. Más adelante, esta modificación legislativa será objeto de un breve análisis.

A raíz de la modificación realizada en el 2005, a la ley de 2002, el artículo 3 bis exime de responsabilidad al farmacéutico que entrega personalmente la droga letal al médico, siempre que se haga en base a una prescripción del médico acorde a la ley.

En el artículo 4 se regulan las declaraciones de voluntad anticipadas para que el individuo mayor de edad o menor emancipado y capaz pueda designar, por escrito, las personas mayores de edad y de confianza que pueden manifestar al médico la voluntad de que se le practique la eutanasia.

El médico cada vez que practique una eutanasia debe cumplimentar un documento y enviarlo a la Comisión Federal de Control y Evaluación. No obstante, la objeción de conciencia aparece recogida en el artículo 14, por medio de la cual ningún médico está obligado a realizar un acto de eutanasia ni a prestar asistencia en un acto de tal entidad. Su negativa debe notificarse al paciente o representante indicando los motivos y ceder la historia clínica al médico designado por éstos. La persona fallecida a causa de la eutanasia se declara fallecida por muerte natural.

Según dispone el artículo 6, la comisión se compone de 16 miembros: ocho médicos, de los cuales al menos cuatro deben ser profesores de una universidad belga. Los otros cuatro serán profesores de derecho en una universidad de Bélgica o abogados. Los restantes vendrán del ámbito especializado en el que se encuentran los pacientes con la enfermedad incurable. La comisión analiza la primera parte del documento presentado por el médico, que consta de dos partes: la primera, de carácter confidencial, es sellada por el médico e indica los datos personales del paciente, las personas consultadas por el médico habitual con su registro de fechas y si existía una voluntad anticipada. La segunda es igualmente confidencial y contiene datos relativos al fallecimiento del paciente y a su afección grave e incurable; a la naturaleza del sufrimiento constante, insoportable y a su condición de refractario; al igual que los elementos que daban constancia de que la petición había sido voluntaria, meditada y exenta de presiones del exterior. Otros datos interesantes a considerar son si el fallecimiento se iba a producir en el corto plazo, la existencia o no de voluntad anticipada, el procedimiento seguido por el médico, la cualificación de los médicos consultados y su opinión, las fechas de las consultas y también cómo se ha realizado la eutanasia y los medios utilizados. La comisión toma la decisión atendiendo a la segunda parte del documento, salvo que existan dudas al respecto, que puedan llevar a romper el anonimato por decisión de una mayoría simple de aquélla. Si la comisión considera, por decisión de dos tercios de sus miembros, que no se han respetado los requisitos de la ley se envía el expediente a la fiscalía del lugar donde se haya producido el fallecimiento. En la práctica, sólo hay constancia de una vez en la que la comisión haya elevado el expediente a una

fiscalía y fue en el 2015. Se trata del caso de Simone de Moor, una mujer de 85 años que sufría una depresión reactiva, a la cual su médico le administró un fármaco letal que acabó rápidamente con su vida. Al hilo de la muerte de la anciana, se cuestionó, entre otros extremos, que el sufrimiento fuera insoportable y la entidad de la enfermedad psíquica de la paciente. El médico que la estaba tratando, el doctor Marc Van Hoey era presidente de la Sociedad por el Derecho a Morir de Flandes y rodaba un documental sobre la eutanasia en el que participada Simone.

Recientemente, en Bélgica se ha autorizado la eutanasia en menores, a través de la Ley de 28 de febrero de 2014 que modifica la actual Ley de 2002. En particular, a menores con capacidad de discernimiento que se encuentren con una enfermedad irreversible de sufrimiento físico, continuo e insoportable; sin expectativa de alivio, y sabiendo que el fallecimiento sucederá en un plazo corto de tiempo a causa de una afección accidental o patológica grave y sin curación. Este paciente menor de edad no emancipado consultará a un padosiquiatra o un psicólogo, en el que se indiquen los motivos de la consulta. El especialista consultado deberá revisar el historial médico y examinará al paciente para comprobar y certificar por escrito su capacidad de discernimiento, a la vez que informará al paciente y a sus representantes legales del resultado de la consulta. También se realizará una entrevista con los representantes legales del menor, a fin de comunicarles todos los requisitos que deben darse para practicarse la eutanasia y cerciorarse de que están de acuerdo con la solicitud del menor. De momento, su aplicación ha sido muy reducida, prácticamente residual, pero significativa al tratarse del primer país del mundo en llevar a término esta ampliación de la eutanasia. Pudiera resultar especialmente preocupante, en menores en un estadio avanzado de su enfermedad que no han expresado su deseo de que se les aplique la eutanasia antes de estar incapacitados. Esta última ampliación ha desencadenado fuertes críticas, desde distintos sectores, por significar un paso más en la paulatina consumación de la pendiente resbaladiza.

En el debate contemporáneo sobre la eutanasia en Bélgica, es destacable el libro de Etienne Montero titulado *Rendez-vous avec la mort*, cuyo subtítulo resulta clarificador para hacer balance de la eutanasia en Bélgica. A partir de una posición deliberadamente jurídica y contraria a las prácticas eutanásicas, rehúsa entrar en el campo de las justificaciones éticas y religiosas, para centrarse en la plausibilidad de los argumentos jurídicos. Un aspecto muy criticable de la normativa es expuesto por Montero, al poner en cuestión el control a *posteriori* de la comisión, recogido en el artículo 6, una vez practicada la eutanasia por el médico. Esta circunstancia hace que el médico tenga la tentación, en ocasiones, de no cumplimentar y enviar el formulario a la ya citada comisión por miedo a que puedan observarse irregularidades, una vez practicada la eutanasia.

Otro de los aspectos discutibles, como ya ha reconocido la comisión y Montero lo hace notar convenientemente, es el carácter insoportable del sufrimiento, el cual presenta un componente importante de subjetividad dependiendo de la personalidad del paciente y de sus valores⁵⁵.

Luxemburgo sigue una línea parecida a la de los Países Bajos y Bélgica; así, en su Ley de 16 de marzo de 2009 sobre eutanasia y suicidio asistido, exime de pena a todo médico que responda a una petición de un paciente de querer terminar con su vida en cualquiera de las dos situaciones, siempre y cuando se cumplan los requisitos señalados en el artículo 2: que el paciente sea mayor edad, capaz y consciente al tiempo de presentar la solicitud, debiendo estar realizada por escrito de manera voluntaria, reflexionada, reiterada y libre de cualquier tipo de presión externa. El paciente debe encontrarse en una situación a nivel médico sin expectativas de curación y cuyo sufrimiento físico o psíquico sea constante e insoportable sin posibilidad de mejoría. Este hecho debe ser constado por el médico encargado de asesorar sobre el asunto, el cual luego informará al médico de cabecera. En todo caso, se informará al paciente, de modo previo, tanto de las diferentes opciones terapéuticas posibles como de los cuidados paliativos existentes. Una de las partes más discutibles de la ley es el control *a posteriori* por parte de la comisión, lo que en la práctica —como en otras legislaciones analizadas— resulta un control muy laxo.

También está vigente en Luxemburgo una normativa de esa misma fecha relativa a los cuidados paliativos, las instrucciones previas y el acompañamiento en el final de la vida. La normativa repara en los cuidados paliativos (artículo 1), rechaza la obstinación terapéutica irrazonable (artículo 2), aboga por aliviar el sufrimiento del paciente aunque ello quizá le acorte la vida (artículo 4), y se otorga un peso específico al documento de voluntades anticipadas (artículos de 5 a 7).

Si bien es cierto que España prohíbe las prácticas eutanásicas en su Código Penal, en los últimos tiempos han surgido leyes autonómicas sobre el final de la vida que vienen a matizar la regulación a nivel estatal, a la vez que suponen un laboratorio de ideas de cara a la posibilidad de reconocer en el futuro la eutanasia y/o el suicidio asistido. En el ámbito autonómico, Andalucía fue la primera en elaborar una normativa de este tipo cuyo título es Ley 2/2010, de 8 de abril, de Derechos y Garantías de la Dignidad de la Persona en el Proceso de la Muerte. Recoge en su artículo 8.1 la limitación del esfuerzo terapéutico, el derecho al rechazo y a la retirada de una intervención. Así dice: “Toda persona tiene derecho a rechazar la intervención propuesta por los profesionales sanitarios, tras un proceso de información y decisión, aunque ello pueda poner en peligro su vida. Dicho rechazo deberá constar por escrito. Si no pudiere firmar, firmará en su lugar otra persona que actuará como testigo a su ruego, dejando

⁵⁵ HENDIN, Herbert, *Seducidos por la muerte*, cit., p. 17.

constancia de su identificación y del motivo que impide la firma por la persona que rechaza la intervención propuesta. Todo ello deberá constar por escrito en la historia clínica”. Con este artículo se abre la posibilidad de rechazar por parte del paciente aquellos tratamientos que prolonguen su vida de modo artificial, así como revocar el consentimiento informado emitido respecto de una intervención concreta, tal y como se desprende del 8.2. También otorga el derecho a realizar la declaración de voluntad vital anticipada y a inscribirla en el Registro de Voluntades Vitales Anticipadas de Andalucía (art. 9).

Otras comunidades han seguido este camino, como es el caso de Aragón que aprobó la Ley 10/2011, de 24 de marzo, de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de morir y de la muerte, estableciendo para todas las personas la posibilidad de realizar una planificación anticipada de las decisiones sanitarias relativas al final de la vida, su derecho al rechazo y a la retirada de una intervención, entre otros. Navarra, por su parte, aprobó la Ley foral 8/2011, de 24 de marzo, de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de la muerte, con similares derechos a las anteriores. Cuatro años después se promulgaron las respectivas normas en Canarias y Baleares con un contenido similar a las anteriores leyes enunciadas. La primera es la Ley 1/2015, de 9 de febrero, de derechos y garantías de la dignidad de la persona ante el proceso final de su vida; la segunda se titula Ley 4/2015, de 23 de marzo, de derechos y garantías de la persona en el proceso de morir. En ese mismo año, veía la luz la Ley 5/2015, de 26 de junio, de derechos y garantías de la dignidad de las personas enfermas terminales de la Comunidad Autónoma de Galicia, que regula el final de la vida en pacientes terminales, a fin de tomen su decisión libremente por medio del documento de instrucciones previas. Recientemente, el País Vasco promulgó la Ley 11/2016, de 8 de julio, de garantía de los derechos y de la dignidad de las personas en el proceso final de su vida, cuyo objetivo es garantizar el derecho a rechazar los tratamientos que el paciente considere en el final de su vida.

Fuera del contexto europeo, en América del Norte está legalizado el suicidio asistido en cinco estados de Estados Unidos, en Canadá y en México; en cambio, en Latinoamérica sólo está legalizado en Colombia. Comenzando por América del Norte, existe una Ley sobre suicidio asistido en el Estado de Oregón que data de 27 de octubre de 1994. La conocida como ley para morir con dignidad (*Death with Dignity Act*) establece como condiciones para poder practicar el suicidio asistido que el adulto mayor de 18 años sea plenamente capaz, residente en Oregón, con una enfermedad terminal con esperanza de vida inferior a seis meses. Para recibir el fármaco letal, el paciente debe realizar dos peticiones orales a su médico con un intervalo de quince días entre cada una de ellas. También deberá presentar una solicitud por escrito, a su médico, firmada

ante dos testigos. Tanto el médico que prescribe como el que asesora deben confirmar el diagnóstico y el pronóstico de la enfermedad, así como determinar que el paciente es plenamente capaz. En caso de que se crea que el paciente pudiera estar afectado por un trastorno de tipo psiquiátrico o psicológico, el paciente deberá ser remitido para que se le realice el examen pertinente. El médico que prescribe el fármaco letal debe informar al paciente de las alternativas posibles a la ley para morir con dignidad, incluyendo los cuidados paliativos, así como solicitar (no exigir) que el paciente notifique a su pariente más cercano la solicitud de la prescripción. La premisa de que el paciente esté en situación terminal ha sido acogida por las diferentes regulaciones establecidas en Estados Unidos a la hora de reconocer el suicidio asistido.

La ley del Estado de Oregón servirá de modelo para las legislaciones de Washington en el 2008, de Vermont en 2013 y de California en 2015. Todas ellas coinciden, siguiendo la estela del Estado de Oregón, en que un médico administre el fármaco letal para que el paciente adulto, libre y consciente lo tome por sus propios medios. Montana en 2009 reguló el suicidio asistido no por vía del referéndum, sino a través de una sentencia del Tribunal Supremo.

En 2016, Canadá aprobó una ley que reconoce la no punibilidad de la eutanasia y el suicidio asistido, siendo la demencia una de las cuestiones que no deja clara y que afecta a los pacientes más vulnerables que se encuentren en esta situación. Anteriormente, Quebec promulgó la ley relativa a los cuidados en el final de la vida en 2014, que venía a rechazar la legalización del suicidio asistido, concluyendo que era preferible que el médico administrara el medicamento.

Por otra parte, en el caso de México, el suicidio asistido fue autorizado por sentencia judicial en 2014, pero revocado por la Corte de Apelaciones en 2015. Como dato, en la Constitución de la Ciudad de México de 2017 se reconoce en su artículo 6 a), apartado 2º, el derecho a una vida y a una muerte digna. Con ello, se establece a las claras la posibilidad de solicitar la eutanasia.

Por último, en América Latina, Colombia reconoce el derecho a morir con dignidad como derecho fundamental a través de la sentencia de constitucionalidad C-239, de 20 de mayo de 1997, dictada por la Corte Constitucional. De este modo, viene a dar cabida a la eutanasia y a otras prácticas médicas. Esta sentencia venía a excepcionar la punibilidad del homicidio por piedad del Código penal a cualquier médico, en los casos de enfermos terminales que hayan prestado su consentimiento de forma libre a que pudieran hacer uso de su derecho a morir con dignidad⁵⁶. Posteriormente, la Sentencia de la Corte Constitucional T-970 de 2014 reitera el derecho fundamental a morir con dignidad.

⁵⁶ Para más información sobre la Sentencia de la Corte Constitucional C-239, véase REY, Fernando, *Eutanasia y derechos fundamentales*, cit., pp. 39-42.

En su momento, se establecieron los siguientes presupuestos para hacer efectivo ese derecho hasta que se regulase la materia por vía legislativa: el paciente debía presentar una enfermedad terminal con intensos dolores y prestar su consentimiento de modo libre, informado e inequívoco. Acto seguido, el Ministerio de Salud y Protección Social dictó la Resolución 1216 de 2015 para dar cumplimiento a la Sentencia de la Corte Constitucional T-970 de 2014, recogiendo el procedimiento para garantizar el derecho a morir con dignidad del paciente mayor de 18 años que padezca una enfermedad terminal reconocida por su médico tratante. El proceso culminará con la entrega del fármaco legal al enfermo para que acabe con su vida. De igual manera, la presente resolución establece las directrices para la conformación y funcionamiento de los Comités Científico-Interdisciplinarios para el derecho a morir con dignidad. Su composición consta de un médico de la especialidad de la enfermedad que padece el paciente, distinto del médico tratante; un abogado, y un psiquiatra o psicólogo clínico.