

COLECCIÓN DE BIOÉTICA

Morir en libertad

Albert Royes (coord.)



Càtedra UNESCO de Bioètica
de la Universitat de Barcelona



Observatori de
Bioètica i Dret
Universitat de Barcelona

Morir en libertad

Morir en libertad

Albert Royes (coord.)

 UNIVERSITAT DE
BARCELONA

Edicions

 Observatori de
Bioètica i Dret
Universitat de Barcelona

Índice

Presentación, por María Casado y Albert Royes	9
Introducción, por Albert Royes	11

PRIMERA PARTE

MATERIALES DEL OBSERVATORIO DE BIOÉTICA Y DERECHO

MARÍA CASADO, Argumentos para el debate en torno a la eutanasia.....	17
RAMÓN VALLS, La dignidad humana	35
ANEXO: Texto íntegro del testamento de Ramón Sampedro.....	43
MARÍA CASADO Y ALBERT ROYES, Documento del Observatorio de Bioética y Derecho sobre la disposición de la propia vida en determinadas circunstancias: declaración sobre la eutanasia (2003; 2010).....	47
JAVIER SÁDABA, Eutanasia y ética.....	57
ADENDA: Bélgica y el dolor.....	68
VÍCTOR MÉNDEZ BAIGES, La muerte contemporánea: entre la salida y la voz	71
ALBERT ROYES, Situación de la regulación de la eutanasia y del suicidio asistido en distintos países	83
MIRENXXU CORCOY, Fin de la vida. Regulación de la eutanasia y muerte digna....	107
RICARDO GARCÍA MANRIQUE, Bioética y cine: la eutanasia y la ayuda al suicidio..	127

SEGUNDA PARTE

LA EXPERIENCIA DE EXIT-ADMD SUISE ROMANDE

JÉRÔME SOBEL, La asistencia al suicidio es plenamente legal.....	171
EXIT-ADMD: la práctica responsable y transparente de la ayuda al suicidio	175
JÉRÔME SOBEL Y MICHEL THÉVOZ, <i>La ayuda al suicidio</i> (fragmentos)	179
ANEXO: Instrucciones para la aplicación de la ley de salud pública sobre la ayuda al suicidio en los establecimientos sanitarios reconocidos de interés público (enero de 2013)	187
Nota sobre los autores.....	191

Presentación

El libro que aquí se presenta tiene diversos objetivos. El primero es reunir en un único volumen textos que, en diferentes momentos, han publicado miembros del Observatorio de Bioética y Derecho, de la Universidad de Barcelona, sobre la ayuda al suicidio y sobre la eutanasia. Dichos textos se han ordenado cronológicamente de acuerdo con el año de su publicación (o, en algunos casos, de su última revisión) desde la ya lejana fecha de 1994 hasta la actualidad. Sobre esta base se han ordenado los diferentes capítulos que componen esta primera parte.

Un segundo objetivo es poner de relieve que la temática que aquí se aborda es recurrente y evidencia la coherencia del grupo consolidado en y alrededor del Observatorio de Bioética y Derecho en su firme defensa del derecho de los ciudadanos a ejercer, en el marco que el legislador establezca, la autonomía moral personal hasta sus últimas consecuencias si eso es lo que desean. El derecho a una muerte digna, como suele denominarse, es al mismo tiempo el derecho a morir en libertad, el derecho de poder elegir el momento y la manera de poner fin a la propia vida —contando para ello con la ayuda profesional imprescindible a fin de evitar añadir sufrimiento— cuando la continuación de la vida es percibida y sentida como un mal y no ya como un bien. De ahí el título de este libro.

Sin embargo, nada parece moverse en nuestro país en este campo, distancianándonos también en lo que se refiere al ejercicio efectivo de los derechos fundamentales de otros países de nuestro mismo entorno cultural, mucho más respetuosos con las decisiones de las personas que solo a ellas competen y afectan, es decir, mucho más respetuosos con la libertad. Las diferentes propuestas que en diferentes momentos han sido presentadas en sede parlamentaria para propiciar el debate legislativo, pero sobre todo social, sobre la ayuda al morir siempre han sido rechazadas o tratadas como una molestia que en realidad a nadie interesaba, al menos a nadie con capacidad real para desarrollar este debate y para proponer el cambio normativo imprescindible. Valga como ejemplo la reforma del Código Penal de 1995, en cuyo debate ni siquiera se llegó a entrar en el fondo del asunto con el manido argumento de que la sociedad no está preparada para la despenalización de la eutanasia o para la ayuda al suicidio. No obstante, en todas las encuestas de opinión en las que se ha introducido esa

cuestión muestran reiteradamente que los ciudadanos (incluidos profesionales sanitarios) son mayoritariamente mucho más favorables a la despenalización de la ayuda a morir en determinadas circunstancias de lo que sostiene la llamada clase política. ¿Será acaso esta misma clase política la que no está «preparada», es decir, dispuesta a promover un debate sereno, tanto entre los ciudadanos como a nivel legislativo, sobre esta temática por mero cálculo electoralista o por arrugarse ante el poder de determinados lobbies conservadores y, en el fondo, enemigos de la libertad?

Pero, como ya escribimos en 2010 con ocasión de la reedición del Documento del Grupo de Opinión del Observatorio de Bioética y Derecho sobre *La disposición de la propia vida en determinados supuestos: declaración sobre la eutanasia*, cuya primera edición es de 2003 y que reproducimos íntegramente en uno de los capítulos de este volumen: «Lo que se acaba de decir lleva a pensar que en el debate público sobre la eutanasia y la ayuda al suicidio las distintas posiciones teóricas ya han sido claramente expuestas. Lo que se precisa es la voluntad política para proponer iniciativas parlamentarias concretas sobre la cuestión por parte de quien puede hacerlo». Ahí seguimos.

Otro objetivo de este libro, en su segunda parte, es difundir la finalidad y el modo de actuación de una de las varias organizaciones que en Suiza facilitan la ayuda al suicidio, algo que allí es perfectamente legal. Y para ello hemos creído conveniente reproducir los propios textos y materiales de EXIT-ADMD Suisse Romande y, en especial, de su presidente, el Dr. Jérôme Sobel, a quien agradecemos sinceramente las facilidades que en todo momento nos ha proporcionado para esta publicación. Se habla mucho acerca de esas organizaciones, pero se conoce muy poco de ellas en nuestro entorno. Por esa razón, quienes creemos que nuestros lectores son adultos y capaces de pensar por sí mismos hemos juzgado oportuno ceder la palabra a la organización EXIT-ADMD Suisse Romande para que cada cual saque sus propias conclusiones.

Por último queremos dejar constancia de nuestro agradecimiento a todos los autores, miembros del Observatorio de Bioética y Derecho de la Universidad de Barcelona, que han aceptado participar en esta obra colectiva. Esperamos que a los lectores les parezca interesante este libro y que nuestro trabajo sirva para suministrar informaciones para el debate público y contribuya de este modo a la toma de decisiones transparente y democrática en este tema.

MARÍA CASADO y ALBERT ROYES
Barcelona, enero de 2016

Introducción

El lector encontrará en los capítulos que siguen abundantes y detallados argumentos y razones en favor de la despenalización de la eutanasia y del suicidio médicamente asistido. La finalidad de estos textos no es entrar en un debate tedioso y, por lo general, estéril sobre los principios y sobre las distintas opiniones acerca de qué son la vida buena y la buena muerte, sino ofrecer a los lectores, y a la ciudadanía en general, una recopilación de textos que reflejan la posición del Observatorio de Bioética y Derecho, de la Universidad de Barcelona, sobre el tema. Resumamos, no obstante, lo esencial de los mismos: la eutanasia y el suicidio asistido (o la ayuda al suicidio, como también se denomina) no son sino dos maneras distintas, dos procedimientos diferentes, para alcanzar el mismo objetivo, poner fin a la propia vida cuando la muerte no es la peor de las alternativas. Libertad y voluntariedad, que presuponen la plena capacidad para tomar decisiones por sí mismo y en beneficio propio, son condiciones necesarias y a la vez suficientes que deben reunir las personas que deciden —de manera libre y voluntaria, insistimos— poner fin a su vida y para ello solicitan la ayuda o la colaboración de otros. Por supuesto, esas mismas condiciones de libertad y voluntariedad deben darse también en quienes decidan atender de manera activa una petición de eutanasia o de ayuda al suicidio. A nuestro juicio, la legislación debería acoger esas dos posibilidades y establecer tanto los procedimientos que garanticen que las personas solicitantes reúnen efectivamente esas dos condiciones citadas como los mecanismos de control necesarios para prevenir irregularidades y posibles abusos. Eso y no otra cosa es lo que cabe esperar en una sociedad plural, es decir, no homogénea desde el punto de vista de las opciones morales, y en la cual los responsables políticos, los legisladores, recojan los deseos, necesidades y aspiraciones de los ciudadanos sin imponerles interpretaciones sectarias acerca de la vida buena y la buena muerte. Nada mejor que el respeto frente a las diferentes e incluso diametralmente opuestas concepciones acerca del vivir y el morir, concepciones que a nadie se le imponen y merecedoras todas del mismo valor. Esa es, a nuestro parecer, la esencia de la democracia. Obligar a las personas que voluntariamente deseen poner fin a su vida a recurrir a procedimientos crueles (defenestración, asfixia, envenenamiento...), o a asumir conductas heroicas frente al dolor físico, psíquico o moral que

no resulta soportable, o a refugiarse en la clandestinidad, no es lo que cabe esperar en el marco de una democracia. Lo deseable y lo que se espera en una democracia es que esas personas puedan recurrir a aquellos profesionales sanitarios que estén dispuestos a facilitarles la ayuda que precisan sin que estos corran el riesgo de ser perseguidos penalmente por dicha ayuda, dentro del más escrupuloso respeto a los procedimientos y requisitos establecidos normativamente.

No se trata tampoco de inventar otra vez la rueda. Cada vez más sociedades de nuestro mismo entorno cultural han adoptado (ya sea por decisión de sus legisladores o mediante votación popular directa) leyes que posibiliten que las personas sufrientes que no desean continuar con una vida que, a su parecer, es indigna y fuente de padecimientos y que entienden que la «buena muerte» debe formar parte del *continuum* de atenciones sanitarias a las que los ciudadanos que así lo deseen puedan acceder, pues la calidad en el proceso de morir no es más que la forma extrema e irreversible de promover la calidad de vida de las personas.

En este sentido, vale la pena detenerse en comentar el enfoque que la Asamblea Nacional de Quebec ha dado recientemente al tema mediante la aprobación, en junio de 2014, de la *Loi concernant les soins de fin de vie*, que entrará en vigor en diciembre de 2015,¹ cuyo objetivo es garantizar a las personas al final de su vida una atención sanitaria respetuosa con su dignidad y su autonomía y dirigida, de manera especial, a prevenir y mitigar el padecimiento de estas personas. Para ello, en el epígrafe que lleva por título *Cuidados de fin de vida*, tras referirse a los cuidados paliativos y a la sedación paliativa continuada, define la ayuda médica a morir en estos términos: «Un tipo de cuidado consistente en la administración por parte de un médico a una persona al final de su vida, a petición de esta misma persona, de medicamentos o de sustancias que tengan por objeto suprimir su sufrimiento ocasionando su muerte». Es decir, la eutanasia, aunque este término no se menciona en ningún momento probablemente para obviar inútiles debates nominalistas de fuerte carga ideológica. La ley reconoce y admite que para una minoría de personas los cuidados paliativos no consiguen mitigar todo su sufrimiento, por lo que la ayuda médica a morir constituye una opción nueva, excepcional en el *continuum* de los cuidados ofrecidos en Quebec, a fin de responder a *situaciones excepcionales de sufrimiento*. Se enfoca, además, como un derecho de toda persona a recibir los cuidados de fin de vida que la ley describe ya sea en un hospital, en un establecimiento de cuidados paliativos o en su propio domicilio.

¹ Puede consultarse en: <http://www.assnat.qc.ca/fr/travaux-parlementaires/projets-loi/projet-loi-52-40-1.html> (consulta: 18 de septiembre de 2015).

En su artículo 26, esta ley establece las condiciones que las personas deben reunir para solicitar dicha ayuda: ser mayor de edad legal, con capacidad para consentir a este tipo de cuidados, en situación de fin de vida, presencia de una enfermedad grave e incurable, con deterioro progresivo de sus capacidades y que experimentan sufrimientos físicos o mentales constantes e insoportables y que no pueden aliviarse en condiciones que la persona considere tolerables. Eso último significa que la persona puede decidir si, por ejemplo, la inducción del coma, que le impediría conservar la lucidez y mantener hasta el final su actividad como persona social, por más que le calme radicalmente sus sufrimientos, no le resulta aceptable, por lo que solicita ayuda para poner fin a sus días con plena conciencia. En este caso, si el médico responsable del paciente decide voluntariamente acceder a la petición de ayuda médica a morir que le ha sido formulada, debe administrarla él mismo, acompañar a la persona y permanecer a su lado hasta su fallecimiento. Si, por el contrario, decide no acceder a la petición, debe advertir de inmediato al director del establecimiento, quien deberá buscar otro médico que acceda a la misma.

Siguiendo con este breve resumen de la citada ley, existen, sin embargo, algunas limitaciones. Las más importantes son: no considera la posibilidad de que una persona sufrente que no esté en situación de fin de vida (por ejemplo, una persona afecta de tetraplejia pero cuya vida no está en riesgo inminente) pueda solicitar la ayuda médica a morir tal como la define la ley; no puede formularse una petición de ayuda médica a morir mediante un documento de Voluntades Anticipadas, y los menores de edad legal y las personas incapaces de formular por sí mismas esa petición no son tenidas en cuenta.

También merece mencionarse la sentencia del Tribunal Supremo de Canadá, de 6 de febrero de 2015,² que establece claramente que «la prohibición de ayuda médica a morir es nula en la medida en que priva a un adulto capaz de esta ayuda en los casos en que: a) la persona afectada consiente claramente a poner fin a sus días; y b) la persona padece problemas de salud graves e incurables (ya sean afecciones, enfermedades o discapacidades) que le ocasionan sufrimientos persistentes y que le resultan intolerables». Con esta sentencia, el Supremo de aquel país da la razón a la juez de primera instancia que dictaminó que esa prohibición viola los derechos que el art. 7 de la Constitución canadiense de 1982 (derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de las personas) otorga a sus ciudadanos. Añade, además, que una reglamentación adecuada y bien aplicada permite proteger a las personas vulnerables contra abusos o errores.

² Puede consultarse en: <http://scc-csc.lexum.com/scc-csc/scc-csc/fr/14637/1/document.do>.

Todas las leyes despenalizadoras de la eutanasia y/o del suicidio asistido vigentes hasta este momento en los diferentes países —así como los requisitos que las organizaciones de ayuda al suicidio exigen— se refieren a personas sufrientes por causa de dolencias o enfermedades incurables. No son, pues, de aplicación a personas que deseando poner fin a sus vidas por el sufrimiento que vivir les ocasiona y que les resulta insoportable pudieran ver en la eutanasia o en el suicidio asistido el único alivio a su padecimiento, con lo que solamente disponen de la posibilidad de ejercer su derecho —este sí, ya plenamente reconocido— a negarse a recibir tratamientos de soporte vital si llegado el momento precisaran de los mismos. Mientras tanto, esas personas, libres todavía de enfermedades graves e incurables, se ven obligadas a malvivir una existencia que puede conllevar enormes padecimientos psíquicos que en modo alguno pueden ser aliviados. Piénsese, por ejemplo, en el miembro superviviente de una pareja que ha compartido felizmente decenios y que no concibe la vida sin el otro miembro ya fallecido; o en quien se sabe afectado, todavía de manera incipiente y que de momento no le incapacita, de una enfermedad neurodegenerativa que le ocasionará en un futuro más o menos cercano (pero en absoluto inminente) un fuerte deterioro, cuando no la pérdida, de su funcionalidad física o de sus facultades cognitivas; o, sencillamente, una persona puede no querer soportar el envejecimiento en condiciones, a su juicio, cada vez más indignas aunque gozara de las máximas y mejores atenciones sociosanitarias, familiares, etc., posibles. En cualquiera de estos casos, o de otros que el lector podrá añadir fácilmente, el sufrimiento puede hacerse absolutamente insoportable. Si esas personas reúnen los mismos requisitos de libertad, voluntariedad y capacidad para tomar decisiones que se exigen a quienes desean formular una petición de eutanasia o de ayuda al suicidio, ¿por qué razón son excluidas de esta posibilidad cuando el fundamento básico de esas peticiones es el sentido de la dignidad propio de cada uno y el elevado padecimiento que seguir con vida les ocasiona? Desde nuestro punto de vista, esa posibilidad que aquí se apunta también debería formar parte de lo que en este libro hemos denominado *Morir en libertad*.

ALBERT ROYES

Barcelona, enero de 2016

PRIMERA PARTE
**MATERIALES DEL OBSERVATORIO
DE BIOÉTICA Y DERECHO**

Argumentos para el debate en torno a la eutanasia¹

María Casado

Planteamiento

El tratamiento de la eutanasia plantea a la sociedad en general y al personal sanitario en particular problemas que para ser resueltos colectivamente requieren un amplio y riguroso debate social. Según el último informe QUIRAL —elaborado por el Observatorio de la Comunicación Científica de la Universidad Pompeu Fabra (UPF), con el soporte de la Fundación Vila Casas—, en la prensa española de mayor tirada del último año las referencias a esta cuestión fueron de las que acapararon un mayor número de noticias de las relacionadas con la Bioética.

Aunque este protagonismo parece estar cediendo a favor del interés por los descubrimientos en torno al genoma, el continuo despliegue informativo a propósito de casos de eutanasia pone de manifiesto que el tema sigue siendo de gran actualidad. Desde un punto de vista complementario, puede también analizarse la reciente publicación por parte del Comité Nacional de Ética francés de un nuevo informe (CCNE «Avis sur fin de vie, arrêt de vie, euthanasie», 27-1-2000, París) en el que modifica las conclusiones y los criterios que había sostenido al respecto nueve años atrás (CCNE «Avis concernant la proposition de résolution sur l'assistance aux mourants», 24-6-1991, París) para reconocer explícitamente que es aconsejable revisar aquellas conclusiones a la luz del progreso de la técnica médica y de la evolución de la sociedad desde entonces.

Es importante —y tiene repercusiones en la normativización de los problemas de la Bioética— que un comité del prestigio y de la solvencia del francés afirme que en menos de diez años las circunstancias han evolucionado tanto que obligan a revisar los planteamientos. Sin embargo, lo que más interesa señalar aquí es el deseo del CCNE de aportar elementos para esta necesaria reflexión a partir de la constatación de la evolución de los hechos y de la necesidad de proporcionar una respuesta solidaria a un problema real de nuestra socie-

¹ Una primera versión de este texto se publicó en CASADO, M., *La eutanasia. Aspectos éticos y jurídicos*, Madrid: Reus, 1994.

dad. La evolución científica y técnica plantea nuevos problemas al ser humano, el alargamiento de la vida en determinadas circunstancias no es considerado un bien por todas las personas y en este caso la voluntad del sujeto debe ser tenida en cuenta. Ante esta situación, el CCNE —sin establecer como un derecho el exigir la colaboración de un tercero para poner fin a la propia vida— invoca la solidaridad humana y la compasión para tomar en consideración el hecho de que el ser humano puede encontrarse en circunstancias tales que, aunque exista una regla general de prohibición, se deban tener en cuenta excepciones.

Una de las razones del interés que despierta esta cuestión, que por otra parte afecta a todos los ciudadanos, radica en la difícil compaginación entre la autonomía individual del paciente y el criterio médico; equilibrio que se rompe a menudo por razones diversas, no todas evidentes, ni percibidas por igual en los diversos medios sociales o médicos. El conflicto se sitúa inicialmente entre la voluntariedad (respeto a la autonomía) y determinadas concepciones del derecho a la vida. Pero intervienen en él factores múltiples entre los que destacan los familiares y los derivados del entorno del paciente, los de tipo religioso, los derivados de la distribución de recursos, de la salvaguarda de intereses legítimos de terceras partes, etc., que dificultan en muchos casos la determinación de cuáles son los «mejores intereses» del paciente. Hoy en día los propios fines de la medicina están siendo cuestionados: alargar la vida a cualquier precio no es el objetivo de la medicina. Incluso la Recomendación 1418/99 de la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa afirma que «alargar la vida no es el fin exclusivo de la medicina».

De la «santidad» a la «calidad» de vida

Suele considerarse que existe la tendencia a pasar de un sistema de protección de la vida que responde al paradigma de la sacralidad de la misma a un sistema de protección que tenga en cuenta un punto de vista más cualitativo. «La santidad es el rasgo distintivo de aquellas tendencias que pretenden proteger la vida humana como tal, sin atender a eventuales deficiencias físicas o mentales o a su utilidad social. Por orientación cualitativa se debe entender todos aquellos aspectos que no califican la vida como inviolable ni susceptible de valoración *per se*, sino como algo cualitativamente graduable o, en todo caso, no excluido a priori de toda ponderación con otros intereses.»²

² El profesor Albin Eser, de la Universidad de Friburgo y director del Instituto Max Planck, es uno de los más conocidos expertos en esta cuestión y su trabajo sobre las transformaciones de la protección

El profesor A. Eser considera que la opinión generalizada de que existe un declive de la protección —«de la santidad a la calidad de vida»— en cierto modo es un prejuicio, y de lo que se trataría es de conjugar ambos principios de forma lo más armónica posible; por otra parte, intenta averiguar cuándo un determinado ordenamiento jurídico está más inclinado hacia una consideración sagrada o por el contrario cualitativa de la vida, repasando para ello el Derecho penal alemán. En cualquier caso no parece sorprendente que la vida, tradicionalmente considerada sagrada e inviolable, aparezca expuesta cada vez en mayor medida a una valoración cualitativa y con ello —como consecuencia necesaria— sea confrontada y ponderada con otros valores.³

Resulta habitual convenir en que el cristianismo introdujo las condiciones para que el derecho pasara de un sistema de consolidación y estratificación y de discriminación cualitativa de la vida humana a la consideración de que, como creación de Dios, cada hombre es igual a los otros y toda vida humana es sagrada e inviolable *per se*, para uno mismo y para los demás, sin atender a su calidad física o estatus social. Ni en el derecho romano, ni en los derechos germánicos —menos aún en los derechos anteriores—, esto había sido así. La muerte de un esclavo era concebida como un delito contra la propiedad, incluso las reparaciones a causa de la muerte de una persona se graduaban según el estatus, la edad y el sexo, cosa que por cierto sucede también ahora en las indemnizaciones por accidente fijadas por la ley así como en las primas y reembolsos por enfermedad de compañías privadas. Tampoco para la filosofía antigua, la vida humana era considerada un valor en cuanto tal, sino que se vinculaba a su utilidad social. Platón y Aristóteles preconizaron medidas de política demográfica como la exposición o el aborto. Fue, pues, la influencia de los principios religiosos y del derecho canónico en el orden jurídico medieval la causa principal de la aceptación de esta concepción de la vida como valor en sí mismo, como se recogió por ejemplo en la llamada «ley Carolina», primer Código Penal promulgado en Alemania en 1532 por el emperador Carlos V.

jurídico-penal de la vida, «Entre la santidad y la calidad de vida» —cuya traducción se publicó en el Anuario de Derecho Penal de 1984, pp. 747 y ss.—, es fundamental para la comprensión del tema.

³ Sobre la contraposición entre una ética de la «sanctity of life» con una de la «quality of life», Joseph Fletcher llega a conclusiones diferentes de las sostenidas por A. Eser al afirmar que «... la ética tradicional basada en la santidad de la vida, que fue la doctrina clásica del idealismo médico en sus fases pre-científicas, debe ceder paso a una ética de la calidad de vida. Esto acaece por razones humanas. Es el resultado de los éxitos de la medicina moderna, no de sus fracasos». Véase el artículo de J. FLETCHER, «La santidad de la vida contra la calidad de vida», que apareció con el título «Eutanasia» en *Humanhood: Essays in Biomedical Ethics*, Nueva York: Prometheus Books, 1979, pp. 149-158.

Sin embargo, aun así, para poner las cosas en su justa perspectiva es necesario mencionar que ni siquiera en los marcos de más amplia protección de la vida nunca han dejado de establecerse excepciones, más o menos llamativas o encubiertas, a este principio. Las excepciones clásicas a la prohibición de matar, como recuerda A. Eser, constituyen importantes brechas en la valla protectora de la vida y entre ellas se encuentran tanto los casos en que a la vida biológica le era negada *ab initio* su calidad humana como aquellos casos en los que la muerte de una persona era justificada según distintos argumentos. Es preciso convenir en que «al intentar imponer la protección a la vida mediante la destrucción de la vida, la pretensión de santidad de esta queda suspendida. Pudiéndose destruir la vida para seguridad de otros bienes jurídicos, esta se convierte en un objeto ponderable», si bien «... las excepciones clásicas a la prohibición de matar representan solo la reacción frente a una agresión ilegítima —al menos desde una perspectiva típico-ideal—, donde la vida destruida ya se había puesto previamente en juego. En esto se distinguen fundamentalmente la legítima defensa, la pena de muerte y la muerte en guerra defensiva, de los casos... en los que la vida destruida no es agresor sino víctima: interrupción del embarazo, eutanasia y suicidio». En estos casos, la vida se convierte en un valor digno de ser ponderado e incluso desplazado por intereses materiales o necesidades sociales. La calidad de vida se antepone a la misma existencia.

Problemas similares se plantean en este aspecto tanto respecto al comienzo como al final de la vida, y esperar de la medicina o de la biología criterios claros definitorios y delimitadores sería ilusorio. Cuanto más progresan estas ciencias, más difícil es constatar saltos cualitativos. Esto hace aún más necesario el establecer una regulación jurídica y desarrollar una seria reflexión al respecto, si no queremos vernos reducidos a la adopción sistemática de un conjunto de soluciones médico-pragmáticas, dictadas en virtud de las circunstancias, cosa que, por cierto, es lo que viene sucediendo hasta ahora.

Aunque sea difícil plantear y profundizar en el problema de si existen valores absolutos y normas universales y en la historia real de los hombres, debe reconocerse que la vida no ha sido nunca un derecho de este tipo. Si puede contrastarse con otros valores, como la defensa, el sacrificio, el castigo, etc., ¿por qué no se puede confrontar con la calidad de la misma?, ¿o con el propio deseo de vivirla, con el imperativo de la voluntad? Se trata también de suscitar reflexión sobre todas estas cuestiones.

Acciones y omisiones. Eutanasia activa y pasiva

Al analizar desde una perspectiva histórica los distintos ordenamientos jurídicos, se constata que, si bien puede ser considerado lícito el acabar con la vida de alguien por el bien de uno mismo, no sucede así si se realiza la misma acción por el bien de esa persona. De igual manera se puede poner fin a la vida propia en beneficio del prójimo en un acto de heroísmo —por ejemplo, salvando a una persona que está ahogándose—, pero el mismo acto ya no sería bien considerado sino, por el contrario, resultaría reprobatorio si se tratase de poner fin a la propia vida en beneficio de uno mismo —sería el caso del suicidio—. Puede señalarse que, incluso, se han llegado a fijar castigos para el suicida, en el colmo de la paradoja y como fiel reflejo de la desazón que tales cuestiones suelen provocar —son ejemplos ilustrativos la negativa de enterrar a los suicidas en suelo sagrado, del derecho canónico, o la confiscación de la herencia por el Estado, del derecho romano.

Dejando aparte el tema del suicidio y las consideraciones de índole legal y moral sobre el mismo, en lo relativo a la eutanasia esta actitud tiene su reflejo en la distinta valoración que se hace de la eutanasia activa y pasiva. Para algunas personas matar es peor que dejar morir. Dejando de momento aparte las cuestiones legales, cuyas formas de razonamiento son en ciertos sentidos peculiares, ¿es cierto, desde un punto de vista moral, que existe dicha distinción?

Resulta clarificador el ejemplo propuesto por J. Rachels refiriéndose al caso de los recién nacidos con el síndrome de Down que además presentan defectos congénitos como, por ejemplo, la obstrucción intestinal, que exige operar inmediatamente al bebé para que pueda vivir. En ciertos casos, el médico y los padres deciden no operar y dejar morir al niño; sin embargo, aunque pueda resultar sencillo en una discusión teórica decidir que a tales niños hay que dejarlos morir, es distinto constatar que la infección y la deshidratación van acabando lentamente con un niño que puede ser salvado. «Comprendo que hay personas que se oponen a todo tipo de eutanasia e insisten en que tales niños deben vivir. También comprendo por qué hay otras personas que son partidarias de sacrificar a estos bebés rápidamente y sin dolor. Pero ¿qué razón hay para permitir que la deshidratación y la infección agosten a un ser diminuto durante horas y días enteros? La doctrina que permite a un bebé deshidratarse y languidecer, pero impide recurrir a una inyección que ponga fin a su vida sin sufrir, es tan evidentemente cruel que no necesita de mayor rebatimiento.»

En el ejemplo propuesto, la razón de que no se realice la relativamente fácil intervención quirúrgica para eliminar la obstrucción intestinal no es otra que el

síndrome de Down en razón del cual los padres y el médico opinan que lo mejor para el niño es morir. «Pero observemos que esta situación es absurda, independientemente del punto de vista que cada cual adopte con respecto a la vida y los potenciales de estos bebés. Si merece la pena conservar la vida de un niño con estas características, ¿qué importa que requiera una simple operación? O, si se piensa que lo mejor es que no siga viviendo, ¿qué más da que su tracto intestinal no esté obstruido? En cualquiera de los dos casos, la cuestión de la vida y de la muerte se está decidiendo a tenor de aspectos que le son ajenos.

»El asunto en litigio es el síndrome de Down, no los intestinos. El tema debería resolverse, si hay que hacerlo, partiendo de esta base y sin posibilidad de que dependa de un aspecto tan insignificante como es la de que el niño tenga el tracto intestinal bloqueado o no.» Resulta bastante superficial suponer que, porque no se haya hecho nada por adelantar la muerte, no se sea partícipe de la misma. No hacer nada ya es hacer algo: es decidir la conducta que hay que seguir, igual que en cualquier acción. La omisión es tenida en cuenta, consecuentemente, no solo por el derecho, sino en la valoración moral de tal conducta.

En general, el ser humano tiene una enorme devoción a las reglas por sí mismas y un miedo soterrado a la toma individual de decisiones importantes sin el apoyo de orientaciones dogmáticas. De este tipo son las que proporcionan los sistemas morales que establecen prohibiciones o tabúes que indican lo que debe hacerse o no sin tener en cuenta las consecuencias, simplemente porque está así ordenado, independientemente de los resultados que se sigan de tal conducta. A este tipo de ética —del deber— se oponen los sistemas de orientación finalista que valoran los actos realizados por las consecuencias obtenidas, según hayan servido a unos valores humanos y según cómo lo hayan hecho; para ellas el «bien supremo» es la felicidad, el bienestar humano, no la adherencia a las reglas o a principios trascendentes.

Si acciones y omisiones deben tener igual trascendencia, ¿por qué no ha de ser así en el tema de la eutanasia? Si se considera que matar no es peor que dejar morir, hay que aceptar que la eutanasia activa no es peor que la pasiva. No obstante, no es así como opina la mayoría de la gente, y en esta misma línea están no solo las doctrinas de las religiones mayoritarias sino incluso las declaraciones de ética médica, como la de la British Medical Association, de la American Medical Association, o la de la World Medical Association y la mayor parte de los códigos deontológicos de los colegios de médicos.

Suele establecerse una diferenciación inicial entre aquellos actos que de manera determinante y positiva producen la muerte y aquellos otros que permiten que la muerte sobrevenga al dejar de aplicar algunos procedimientos de

mantenimiento de la vida que en la terminología médica se denominan «medios extraordinarios».

La Asociación Médica Norteamericana fue una de las primeras en definirse, ya en 1973, como contraria a cualquier política que aceptara la terminación intencionada de la vida de un ser humano por considerar este tipo de prácticas incompatible con las finalidades básicas del ejercicio de la medicina y con el mismo juramento hipocrático.

La visión tradicionalmente aceptada parte de considerar indiscutible que nadie —ni médico ni ninguna otra persona— puede terminar intencionadamente con la vida de un paciente. Al mismo tiempo se admite que hay otros casos en los que resulta permisible dejar de utilizar cierto tipo de medios para mantener la vida, aunque esto lleve aparejado su acortamiento e incluso la muerte del paciente. Este planteamiento puede ser tachado de incoherente, pero es el que preside la práctica clínica habitual.

La eutanasia indirecta, pasiva, es un hecho consumado en la medicina moderna. En cualquier hospital se decide a diario la supresión de tratamientos cuando la agonía se prolonga, causándose a consecuencia de dicha interrupción la muerte del paciente. La táctica de dejar morir es la solución que se utiliza dado que, con las capacidades que hoy se poseen, resulta indefendible hacer siempre todo lo que es técnicamente posible para mantener la vida meramente biológica. Salvo que se sea absolutamente vitalista, hay que tener en cuenta la dignidad, el bienestar y los deseos de la persona en cuestión; esto supone tomar en consideración la calidad de vida y no solo la mera supervivencia biológica del vitalismo extremo.

Medios ordinarios y extraordinarios

En lo que se refiere a la utilización de medios ordinarios o extraordinarios, es igualmente difícil establecer una distinción inamovible, ya que los medios que hoy resultan totalmente habituales hace poco tiempo fueron considerados extraordinarios; más aún, lo que para unos casos resulta extraordinario en otros no lo será. Es preciso tener en cuenta factores diversos como la posibilidad de éxito, el nivel de calidad de la vida que se trata de conservar, el tiempo de supervivencia, las molestias ocasionadas al paciente y a su familia por el tratamiento y el propio gasto que la terapia acarree no solo al individuo y su familia, sino incluso desde el punto de vista de la colectividad, poniendo en juego una cuestión de la llamada economía de la salud. Todos estos factores deben ponderarse conjuntamente, y si bien algunos son ponderables de manera obje-

tiva, otros dependerán de la situación subjetiva del paciente, lo que resulta siempre más difícil de evaluar.

Paul Ramsey explica que «medios-ordinarios para mantener la vida son todos aquellos medicamentos, tratamientos y operaciones que ofrecen una esperanza razonable de beneficio para el paciente y que pueden ser conseguidos y utilizados sin acarrear un coste, dolor u otros inconvenientes excesivos. Medios extraordinarios para mantener la vida son todos aquellos medicamentos, tratamientos y operaciones que no pueden ser conseguidos sin acarrear un coste, dolor u otros inconvenientes excesivos, o que, de ser utilizados, no ofrecerían una esperanza razonable de beneficio».

Todas estas definiciones siguen sin aportar un criterio que pueda ser utilizado para determinar si un tratamiento es o no obligatorio. «Pero ¿cuándo resulta excesivo un coste? ¿Es excesivo un coste de 10.000 dólares? Si salvara la vida de una mujer joven y le devolviera una salud perfecta, 10.000 dólares no parecen un exceso. Pero si solamente prolongara un tiempo la vida de un diabético aquejado de cáncer, quizá 10.000 dólares fueran una cantidad excesiva. No se trata meramente de que lo excesivo varíe según el caso. Se trata de que lo excesivo *depende* de si la prolongación sería beneficiosa para el sujeto en cuestión. En segundo lugar, ¿cómo decir si un tratamiento beneficiará al paciente? Recordemos que estamos hablando de tratamientos para la prolongación de la vida; el *beneficio*, si lo hay, es el de la continuación de la vida. El que la continuación de la vida sea un beneficio dependerá de los pormenores de cada caso... De nuevo, la cuestión estriba en que, para decidir si el tratamiento de mantenimiento de la vida es beneficioso, debemos decidir *primero* si, para la vida que está en juego, será buena tal prolongación.»

En el fondo, de lo que se trata es de señalar que tanto la distinción entre medios ordinarios y extraordinarios como la distinción entre eutanasia activa y pasiva e incluso la introducción de factores intencionales como determinantes de la valoración resultan poco clarificadoras e incluso irrelevantes. Aunque no se tratara ahora de argumentar a favor de la eutanasia activa, lo que sí parece evidente es que, moralmente, la eutanasia activa y la pasiva son equivalentes y, si una es declarada aceptable, también debe serlo la otra; e incluso, a veces, la eutanasia activa podría resultar preferible.

Los argumentos contrarios a este planteamiento hacen hincapié en que en la eutanasia pasiva el médico no hace nada para ocasionar la muerte del paciente, ya que el enfermo acaba muriéndose de la enfermedad que padecía. Pero, como se ha dicho, el hecho de no suministrar una medicación es una decisión, omisiva, igual de consciente que la contraria y por lo tanto igual de imputable a quien la toma.

El debate sobre la eutanasia

El debate por tanto está abierto: ¿se debe respetar la voluntad de morir de un paciente terminal? ¿Se tiene que colaborar con él? ¿Qué tratamiento se debe utilizar cuando se acerca la hora de la muerte? ¿Quién puede decidir si el paciente no ha manifestado su voluntad y no puede hacerlo? Algunas de las mayores dificultades en el campo que nos ocupa se plantean a la hora de decidir sobre la interrupción de tratamientos en enfermos con trastornos irreversibles de conciencia que no pueden manifestar su voluntad y que no habían tomado disposiciones previas al respecto. Por no referirnos al caso especial que representa el estado vegetativo persistente en el que, al tener que elegir en lugar de otro, se puede optar por resolver atribuyendo a la situación un significado que tenga en cuenta la voluntad presunta de quien ya no es competente. Esto convierte frecuentemente la cuestión en un problema de prueba, como sucedió en el caso de la famosa sentencia de Nancy Cruzan.

También se puede utilizar como criterio la valoración de la calidad de vida del sujeto. Sendero lleno de zarzas, pues al criterio médico y biológico habría que añadir una valoración sobre la calidad desde el punto de vista humano y personal que compete al propio sujeto, pero que precisamente en estos casos no puede ser establecida. También la valoración de los mejores intereses del paciente puede aportar nuevos caminos y argumentos pero, realmente, puede convenirse, como sucedió en el caso de Tony Bland, que estos pacientes no tienen intereses.

El planteamiento es distinto en los países anglosajones, defensores a ultranza de criterios autonomistas, y en los países latinos, que han utilizado como escudo el comodín del respeto a la vida. Conviene tener en cuenta que la tradición católica está inmersa en una general delegación de responsabilidad en otras manos «más cualificadas»; en el tratamiento tecnocrático de los conflictos. Mientras que en la tradición protestante, base de la actual mentalidad que hemos llamado anglosajona, el ser humano está mucho más acostumbrado a decidir por sí mismo. El hábito del «libre examen» ha dejado unas huellas distintas de la costumbre de actuar siempre con unas directrices dogmáticas.

En mi opinión, la discusión que nos ocupa es una cuestión de situaciones límite. En el nuevo milenio, el debate sobre la eutanasia debe realizarse desde un doble punto de vista: como una cuestión de respeto y de solidaridad. La posición ante la eutanasia supone un verdadero test de validación de la aceptación del principio de autonomía; principio en el que decimos centrar no solo

las decisiones morales sino la vida general de nuestra sociedad (que al menos acepta ser definida como liberal).

Si realmente respetamos la autonomía ajena, el respeto debe demostrarse en la aceptación de decisiones que no tenemos por qué compartir. En la aceptación y el respeto de las opiniones y las conductas que aprobamos no existe la menor dificultad. El test de tolerancia, en el sentido más positivo y activo de este término, nos lo suministra la consideración que nos merecen las conductas cuyas razones no compartimos.

En el caso de la eutanasia, esto se manifiesta con meridiana claridad. En primer lugar, se trata de una decisión individual y, por definición, autónoma. Así pues, no podemos invocar la vulneración de los derechos de otros sujetos, ni la existencia de «terceros inocentes» implicados. Por definición, la eutanasia activa voluntaria (que es el núcleo de la discusión en estos momentos) afecta solo a dos personas: por un lado a quien la solicita de manera lúcida, expresa y reiterada; y, por otro, a quien accede a practicarla (que en todo caso puede negarse e incluso objetar en conciencia, si considerásemos que hay un deber jurídico, lo que es mucho suponer).

¿Por qué, entonces, en algunos sectores de la sociedad se plantea aún, de forma tan virulenta, la cuestión de la eutanasia? A mi entender, la razón estriba en la enorme carga ideológica que ha arrastrado este debate y que motiva que ciertas posiciones se parapeten en actitudes maximalistas y, en muchos casos, intolerantes. Entre los detractores de la eutanasia se aprecia con frecuencia un planteamiento que lleva a un enfrentamiento de absolutos (cierto que este no es el único terreno en que se asumen estas actitudes), mientras que por parte de los defensores del derecho a morir en libertad se enfoca una cuestión de respeto.

Ambos bandos invocan la defensa de la dignidad humana pero, evidentemente, la entienden de manera diversa; existen dos grandes corrientes a la hora de interpretar y de dar sentido a la dignidad, e incluso a la noción de Derechos Humanos: la cristiana y la laica. Si no se explica la discusión, puede convertirse en un diálogo de sordos: es imposible el acuerdo si palabras iguales designan conceptos distintos.

Aunque más arriba me haya referido a la tradicional invocación a la autonomía y la dignidad de la persona, acudiendo al marco del planteamiento general, me gustaría completar esa reflexión refiriéndome al otro enfoque del problema de la eutanasia mencionado al principio y que creo que puede ser más fructífero: la solidaridad y el respeto.

Hablar en este sentido de compasión no supone entender este concepto en forma paternalista sino que apela a una concepción solidaria de las relaciones de los seres humanos, a una visión del problema que acepte aperturas excepciona-

les para supuestos excepcionales. Además, se trata de circunscribir el campo del acuerdo de conformidad a una definición estricta del término, ligado a la solicitud del sujeto y al cumplimiento de requisitos que garanticen la voluntariedad.

Creo que esta es una buena vía para el acuerdo entre posiciones habitualmente enfrentadas. También desearía, para terminar, someter a la consideración de los lectores dos cuestiones subyacentes a todo acuerdo bioético y que, por otra parte, pueden ser previas: en primer lugar, la concreción y limitación de los objetivos a que se puede llegar y su provisionalidad; cierto que esta es más incómoda e insegura que acomodarse en las verdades eternas ya que exige mayor responsabilidad por las decisiones que si se toman libremente. Y, en segundo lugar, recordar explícitamente que se puede convenir en que una conducta es correcta aunque difiramos en los motivos que subyacen tras ella. Solo así es posible ir construyendo acuerdos concretos y puntuales, no consensos genéricos y vacíos.

Puestas así de manifiesto las implicaciones de este importante debate social, corresponde ahora poner de manifiesto cuál es la aportación que los planteamientos de carácter jurídico pueden aportar al mismo.

La eutanasia en relación con los Derechos Fundamentales

Poder elegir libremente una muerte digna como derecho individual es una reivindicación que se considera propia de las sociedades actuales que parten de una posición laica a la hora de enfrentarse con los problemas de la muerte. Se ha llegado a incluir el derecho a una muerte digna entre los Derechos Fundamentales, como una cuestión que afecte a la calidad de vida, derechos de la tercera generación que pueden ser conectados con los derechos sociales, relativos a la salud, incardinándolo entre los derechos del enfermo. En la Ley General de Sanidad y Ley 4/2002, *básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica*, se establece como principio general el consentimiento informado del paciente en cuanto a los tratamientos que debe seguir y a su posible interrupción, recogiendo además en dicha normativa diversas declaraciones de derechos de los enfermos, como el derecho a controlar el propio destino, a la integridad corporal, a la asistencia religiosa según sus creencias, a la intimidad y, en suma, a la asistencia integral realizada por profesionales competentes.

No resulta difícil relacionar estos conceptos con el de dignidad de la vida humana, básico en el sistema legal español. La propia Constitución menciona

la dignidad humana, junto con la libertad, entre los valores superiores de nuestro ordenamiento jurídico. Tanto en el artículo 1.1, como en el 10.1 que protege la dignidad de la persona y su derecho al libre desarrollo de su personalidad, o en el 16.1 que garantiza la libertad ideológica, o en el mismo artículo 15, se establecen cuáles son los principios fundamentales que deben ser tomados en consideración a efectos de establecer una correcta relación entre la prohibición de matar y el derecho de autodeterminación individual. Conectando los mencionados principios constitucionales y lo establecido en las leyes sanitarias que, haciéndose eco de los principios establecidos en la Constitución, reconoce el derecho del enfermo a que sea respetada su personalidad, dignidad e intimidad, así como establece el requisito necesario del consentimiento del enfermo para ser sometido a cualquier intervención, afirmándose de manera expresa su derecho a negarse a recibir tratamiento médico, con lo dispuesto en el Código Penal vigente —Libro II, Delitos y sus penas, Título Primero, del homicidio y sus formas, en el artículo 143, en que se castiga la inducción y el auxilio al suicidio, y en cuyo punto 4 se tipifica de manera específica el supuesto de la eutanasia—, puede determinarse el punto de arranque y el núcleo de la normativa legal aplicable en España en cuanto al nivel de reconocimiento y de protección del derecho a la vida, relacionándolo con el reconocimiento y la protección del derecho a la salud.

El Estado en un marco no confesional, como es en nuestro caso, debe propiciar la vida, pero no imponer el deber de vivir. El reconocimiento del derecho a la vida tiene en nuestro ordenamiento una vocación garantista: frente al Estado y frente a los demás ciudadanos. Además es un derecho personalista que se ejerce según la voluntad de su titular. No se trata de un derecho absoluto: el derecho a la vida puede entrar en colisión con otros derechos y debe ser debidamente ponderado.

La Constitución española y la normativa penal

A la luz de la Constitución y desde un punto de vista estrictamente jurídico, no es posible situar el derecho a la vida sobre la libertad del individuo.

El concepto de dignidad de la persona es básico en la interpretación y determinación del alcance de los Derechos Fundamentales reconocidos en el Título Primero de la Constitución y parece difícil imponer una concepción del derecho a la vida tal que resulte incompatible con la misma dignidad humana. Del análisis de la Constitución se desprende que la esencia de los derechos y las libertades radica en el libre desarrollo de la personalidad, en el pleno despliegue

y perfeccionamiento de la persona en sus aspectos individuales y sociales. Por ello, toda la legislación debe respetar todos los derechos y las libertades articulados en los demás capítulos del título constitucional.

Hay que tener en cuenta que la aplicación del Código Penal debe hacerse a la luz de los principios constitucionales, ya que estos son los que determinan cuáles son los bienes jurídicos merecedores de la tutela penal. La consideración de que la Constitución tiene un valor normativo directo e inmediato nos lleva a considerar que los valores superiores que reconoce, como libertad, igualdad, dignidad humana, deben informar todo el ordenamiento jurídico y, consecuentemente, también deben ser considerados principios informadores y límites del Derecho Penal. Por consiguiente, el tratamiento jurídico-penal de ciertas conductas susceptibles de ser consideradas eutanásicas obliga a efectuar una interpretación conforme con lo establecido en la Norma Fundamental.

En el caso de la eutanasia activa, directa —entendiendo como tal los actos ejecutivos que suponen un acortamiento efectivo de la vida del paciente—, la aplicación del Código Penal puede calificar dicha conducta como homicidio —artículos 138 y 142— o asesinato —artículos 139, 140 y 141—, en función de las circunstancias que se aprecien. Sin embargo, la presencia del consentimiento de la víctima, acompañado de los requisitos de «petición expresa, seria e inequívoca de este, en el caso de que la víctima sufriera una enfermedad grave que conduciría necesariamente a la muerte o que produjera graves padecimientos permanentes y difíciles de soportar», ubica la eutanasia activa directa y voluntaria en el seno del tipo recogido en el artículo 143.4 del Código Penal, para el que está prevista una atenuación de la pena en uno o dos grados.

Esta regulación, que se considera una solución de compromiso, fue adoptada en nuestro nuevo Código tras un intenso debate social, ya que en la anterior normativa tal conducta suponía auxilio ejecutivo al suicidio, pudiéndose tomar en consideración, como atenuante, el deseo de morir de la víctima, su consentimiento. En los casos en que no se pudiera manifestar hasta el último momento esta voluntad de morir, los Tribunales podían apreciar la existencia de un móvil piadoso para atenuar la pena. En ciertos casos, ello implicaba que resultase preciso forzar los instrumentos jurídicos para lograr una solución materialmente justa; lo cual incluye un grado de albur en la aplicación del derecho que no resulta en ningún modo deseable y que va contra todos los reiterados anhelos de seguridad jurídica característicos del Estado de Derecho.

Con anterioridad a la aprobación de la nueva regulación se habían propuesto soluciones normativas de mayor envergadura, que en estos momentos están volviendo a plantearse, como la regulación de la eutanasia en un texto legal independiente que estableciese requisitos de que se califica como eutana-

sia pasiva la negativa a iniciar un tratamiento para prolongar la vida de un enfermo terminal, o el interrumpirlo una vez ya iniciado. En estos casos se insiste en que no se trata de quitar la vida sino de acortar el proceso de morir, dejando paso a la muerte. Hay que tener en cuenta que la eutanasia pasiva es aceptada por las mismas «artes médicas», del oficio, lo cual podría permitir considerar eximente el obrar en ejercicio legítimo de un derecho u oficio, como se señala en el artículo 20.7 del Código Penal.

El derecho a la vida

En realidad, muchos de los debates de índole moral y jurídica sobre el derecho a morir que en la actualidad ocupan a la sociedad están en gran medida motivados por la propia comprensión del término «eutanasia», que en la actualidad ha ido adquiriendo poco a poco el matiz específico de acto médico necesario para hacer más fácil la muerte a petición del enfermo o, incluso, la connotación de «asesinato piadoso». En el terreno de la eutanasia es esencial la precisión terminológica; por lo demás, esto también ocurre en la mayoría de los campos del saber: la delimitación conceptual es uno de los ámbitos de reflexión más clarificadores para científicos y filósofos y constituye además un lugar de encuentro para ambos.

Dependiendo de qué se considere eutanasia, se estará en disposición de aceptarla o no; en función del hecho de que sea posible establecer una significación precisa y clarificadora que delimite el campo conceptual que se está tratando, será posible llegar a un acuerdo entre las distintas maneras de abordarlo y será factible, consiguientemente, elaborar una regulación precisa que proporcione la tan deseada seguridad jurídica sin menoscabo de la libertad y la dignidad humana. Pese a lo que determinadas coincidencias iniciales pudieran hacer pensar, las cosas en el terreno que nos ocupa no resultan claras, ni fáciles. Lo demuestra el intenso debate que existe en el seno de la sociedad contemporánea en torno a la eutanasia, el sentido o no de su regulación legal, y en su caso, las concretas fórmulas y articulaciones legislativas. Incluso Juan Pablo II ha declarado que la eutanasia es el gran tema de los finales del siglo xx. Participando, por otra parte, en gran medida de muchos de los problemas de fondo que afectan a la cuestión del aborto, los problemas de la eutanasia son de tal índole que en uno u otro momento nos pueden afectar de lleno a todos y cada uno de nosotros: ya se sabe que, en cuestiones de muerte, la relación sigue siendo de uno per cápita.

En la cuestión de la eutanasia existen bienes jurídicos en conflicto y necesariamente eso obliga a que la elección de primar uno sobre otros conlleve una

ponderación de estos. Las diferencias de planteamiento señalan la existencia de distintas posibilidades de valoración de los intereses subyacentes y de las prioridades en la protección de los mismos. Lo mismo ocurre con las demás manifestaciones de tensiones jurídicas, como por ejemplo en el conflicto entre libertad e igualdad, o en las colisiones entre los derechos a la información y a la intimidad que con frecuencia resultan tan conflictivas en los medios de comunicación, como es bien sabido.

La mayor dificultad estriba en compatibilizar el derecho a una muerte digna —lo que significa a no recibir tratos inhumanos o degradantes, al rechazo de tratamiento, a la autodeterminación y libre disposición corporal, a disponer libremente de la propia vida, a la misma intimidad—, con una concepción del derecho a la vida que, en la práctica, quiere convertirse en absoluto, tanto en lo que se refiere a la eutanasia como en lo que atañe al aborto; pero que, por el contrario, acepta la ponderación en su colisión con intereses de cuño distinto y, en ocasiones, de carácter meramente material.

Esta concepción del derecho a la vida, incluso contra la voluntad de su titular, debe ceder paso a concepciones más acordes con el carácter laico del Estado y con el respeto al derecho de autodeterminación, teniendo en cuenta la relevancia que el propio derecho presta al consentimiento del interesado y que en nuestro ordenamiento resulta mucho más patente que la concepción garantista a ultranza del derecho de vivir. Lo cual no significa, en absoluto, que las garantías deban debilitarse, sino que es necesario considerar siempre que se establecen a favor de quien detenta el derecho a ser respetado —en todos los sentidos— y no en su contra. El derecho a la vida lleva aparejado el deber de respetar la vida ajena, no el deber de vivir contra la propia voluntad en condiciones penosas.

De la misma manera que en el caso del aborto el legislador ha establecido una serie de supuestos en los cuales se considera que, dada una serie de circunstancias concretas preestablecidas, ciertas conductas «no serán punibles», aunque de hecho resulten plenamente típicas, en el caso de la eutanasia podría tomarse en consideración la voluntad del enfermo para establecer una causa de justificación o incluir una excusa absoluta, en razón de la existencia del mencionado conflicto de intereses. Estas soluciones permitirían a los Tribunales apreciar si hubo o no, en cada caso que llegara a sometérselos, un supuesto auténtico de eutanasia, y cuentan además con el precedente de que la ley ya prevé tratamientos análogos no solo para el aborto sino también en otros casos de conflicto de valores, como en el hurto entre familiares.

El derecho debe tener una respuesta coherente que permita dar solución a los problemas reales que se plantean en la sociedad, por muy nuevos, imprevis-

tos y polémicos que sean estos y por más que se prevea que la solución legal adoptada pueda ser conflictiva e incluso insuficiente. Se trata, en suma, de regular la realidad existente, no una aséptica idealidad.

De igual forma que ha sucedido con cuestiones que en principio eran muy problemáticas —como el reiterado ejemplo del divorcio y el aborto, o también los trasplantes, la reproducción asistida y la manipulación genética—, una completa regulación legal de la eutanasia es algo que debe ser abordado sin dilación, ya que permitiría ahorrar innumerables sufrimientos humanos y contribuiría a clarificar situaciones para las cuales la respuesta legal es cuando menos oscura.

De la realidad del problema nos proporciona un triste ejemplo la muerte de Ramón Sampredo, quien, tras un largo y complicado recorrido por los tribunales de justicia nacionales e internacionales, parece haber dado la trágica ocasión de que se pueda estrenar el tipo penal del artículo 143.4.

Es sabido que la capacidad del derecho como factor de cambio social es limitada pero existe, al menos en cierta medida, y debe intentar orientar la dirección de esos cambios en el sentido en que la sociedad mayoritariamente lo demande, teniendo también en cuenta que las cuestiones sociales nunca son estáticas.

La voluntariedad es, en cualquier caso, la pieza clave en esta regulación que debería establecerse respetando el derecho del médico y del personal sanitario a la objeción de conciencia a participar en tales actos informando al paciente de su derecho a cambiar de médico, y promulgando disposiciones que faciliten el ejercicio del derecho de decisión que posee, a la vez que salvaguardan su derecho a vivir, si lo desea. Estando especialmente atenta dicha regulación a la superación de problemas derivados de las posibilidades de manipulación del consentimiento y, en tales situaciones, de cualquier tipo de abuso encaminado a obtener un lucro indebido estableciéndose que, en caso de que esto sucediera, se penalicen tales comportamientos de la manera adecuada. Todos estos problemas de política legislativa son complejos y difíciles de resolver pero, en modo alguno, resultan irresolubles si se abordan con el rigor y el respeto necesarios.

Los cuidados paliativos

Cualquier regulación de la eutanasia debe ser extremadamente cuidadosa también en lo que se refiera a respetar los derechos de los enfermos terminales que no deseen recurrir a la eutanasia ni tampoco precipitar el momento de la muerte.

En este sentido, interesa promocionar la implantación de Unidades de Cuidados Paliativos para atender a los enfermos terminales, sin posibilidad de recuperación, que requieren cuidados técnicos que van más allá de las posibilidades

de los familiares y que, además, necesitan de la dedicación humana tan imprescindible en trance semejante.

La iniciativa más conocida en este sentido es la de los *hospices* británicos, hospederías o centros en los cuales se atiende a los pacientes terminales en un clima familiar, pero que están dotados con todas las facilidades para atender las necesidades derivadas del dolor que pudieran aparecer.

El movimiento Hospices —hospicios u hospederías— se inició en Inglaterra en 1948, gracias al trabajo de la doctora Cicely Saunders en el St. Thomas Hospital, y se fue consolidando hasta que en 1967, con la creación del St. Christopher's Hospice, se convirtió en un verdadero símbolo de la mejor atención posible al enfermo terminal. En la década de los ochenta, el movimiento Hospices fue incrementando el número de centros y además han surgido nuevas formas de aplicación de sus principios, como las unidades de hospitalización dentro de los grandes hospitales, conocidos como cuidados paliativos, o los equipos de cuidados a domicilio, los de soporte y control de los síntomas y los llamados hospitales de día, que, conservando los mismos principios de actuación, intentan disminuir el costo de estos programas que tienden a dispararse no solo por lo que representan en sí mismos, sino por el incremento de los efectivos necesarios para llevar a cabo estos programas, debido al envejecimiento de la población y al aumento de las enfermedades degenerativas, así como del número de enfermos de cáncer y, más aún, de sida.

En España existen algunos hospitales dotados de unidades organizadas con una filosofía semejante a la del sistema Hospices, las llamadas unidades de cuidados paliativos, que están adquiriendo importancia creciente. En el Colegio de Médicos de Barcelona tiene su sede la Sociedad Catalanoblear de Cuidados Paliativos, cuyos estatutos plantean como objetivo principal de la sociedad la atención de los aspectos físicos, emocionales, sociales y espirituales de las personas con enfermedades terminales, sin posibilidades razonables de respuesta a tratamientos, ya sean causadas por un cáncer, por el sida o por cualquier otra enfermedad crónica y progresiva —en la misma línea que sus homólogos, la Asociación de Medicina Paliativa de Gran Bretaña e Irlanda, o de la Organización Internacional de Cuidados Paliativos—, y que desarrolla una gran actividad.

Resumen

La discusión sobre la eutanasia hoy comprende un debate ético y también jurídico y político ya que la reivindicación de la autonomía requiere paralela-

mente el establecimiento de las necesarias garantías y de la previa realización de un riguroso debate social que determine el alcance de las modificaciones que es necesario introducir.

Eutanasia, testamentos vitales, documentos de voluntades anticipadas o consentimiento informado son ejemplos señeros de la reivindicación actual a favor de la autonomía que puede constatarse en las tendencias convergentes de los distintos países de nuestro entorno y en las últimas medidas adoptadas al respecto en nuestro propio país.

La dignidad humana¹

Ramón Valls

Para mi intervención he traído algunos textos que mencionaré pero no comentaré. El primero lleva por título *La eutanasia es inmoral y antisocial* (Conferencia Episcopal Española, febrero de 1998). Repito que no lo comentaré, pero es evidente que estará presente en todo lo que diré. El segundo se titula *Declaración del grupo de opinión Bioética, Derecho y Sociedad* (Universidad de Barcelona), grupo del cual formo parte. El documento lo hemos publicado a propósito de los conflictos judiciales y de la reciente condena del doctor Kevorkian en Estados Unidos. Lleva la firma de la doctora María Casado, directora del grupo, aquí presente, del doctor Josep Egozcue de la Universitat Autònoma de Barcelona y la mía propia. Solo leeré dos líneas. Dice: «Una defensa de la libertad de decisión que no incluya el derecho a la eutanasia activa y, por extensión, el derecho al suicidio es contradictoria. Sin embargo, nuestro Código Penal, igual que el de la mayoría de los países, condena la eutanasia activa».

He traído también, como tercer documento, un artículo que apareció en *El País* hace pocos días. Es del escritor Mario Vargas Llosa y lleva por título «Una muerte tan dulce». Lo suscribo, a pesar de que el concepto de libertad que contiene no sea exactamente el mío. Leo solamente dos líneas que hago plenamente mías: «La civilización occidental arrastra todavía –la culpa es de la religión, sempiterna adversaria de la libertad humana– un considerable lastre de barbarie».

Y finalmente leeré un texto de un santo canonizado, Tomás Moro, autor del libro titulado *Utopía* que ha dado nombre a tantos ideales sociales. Las conferencias episcopales acostumbran a olvidar las palabras que leeré, pero a pesar de que las tendríamos que rehusar, no me parece elegante ignorarlas totalmente y dejarlas caer en un pozo de silencio. En la traducción castellana que tengo a mano hay una página que dice así:

Ya dije que [los habitantes de Utopía] se esmeran en la atención a los enfermos. No escatiman nada que pueda contribuir a su curación, trátense de medicinas o de

¹ Ponencia presentada en las Jornadas Derecho a Morir Dignamente, 6 de mayo de 1999.

alimentos. Consuelan a los enfermos incurables, visitándolos con frecuencia, charlando con ellos, prestándoles, en fin, toda clase de cuidados. Pero cuando a estos males incurables se añaden sufrimientos atroces, entonces los magistrados y los sacerdotes se presentan al paciente para exhortarle. Tratan de hacerle ver que está ya privado de los bienes y funciones vitales; que está sobreviviendo a su propia muerte; que es una carga para sí mismo y para los demás. Es inútil, por tanto, obstinarse en dejarse devorar por más tiempo por el mal y la infección que le corroen. Y puesto que la vida es un puro tormento, no debe dudar en aceptar la muerte. Armado de esperanza, debe abandonar esta vida cruel como se huye de una prisión o del suplicio. Que no dude, en fin, liberarse a sí mismo, o permitir que le liberen otros. Será una muestra de sabiduría seguir estos consejos, ya que la muerte no le apartará de las dulzuras de la vida, sino del suplicio. Siguiendo los consejos de los sacerdotes, como intérpretes de la divinidad, incluso realizan una obra piadosa y santa.

Los que se dejan convencer ponen fin a sus días, dejando de comer. O se les da un soporífero, muriendo sin darse cuenta de ello. Pero no eliminan a nadie contra su voluntad, ni por ello le privan de los cuidados que le venían dispensando. Este tipo de eutanasia se considera una muerte honorable.

Habrán advertido seguramente que el santo es preciso. La situación que él supone se define por males incurables más sufrimientos atroces. Los dos factores juntos hacen que la vida no sea ya un bien sino puro tormento, suplicio. Lo dejo aquí y paso a mi exposición.

Empiezo recordando una controversia a la que asistí a través de la televisión a propósito de la muerte de Ramón Sampredo. En la discusión televisada (¡cómo no!) estaban presentes los dos bandos: partidarios de la eutanasia y detractores. A mí me llamó la atención, aquella noche, que tanto los defensores de la eutanasia como los que la combatían lo hacían en nombre de la dignidad humana. Resultaba claro, por tanto, que todos apelaban a una misma palabra, pero el concepto que ponían bajo ella era diferente. En general, todas las palabras ocultan ambigüedades pero, en este caso, la confusión era especialmente nociva porque enredaba todo el debate. ¿Cómo es posible que de un mismo principio —la dignidad humana— se deriven consecuencias tan diferentes y opuestas?

Dejo ahora el debate televisivo y me centro en la cuestión en sí misma. Condensándola extraordinariamente (mi profesión me ha hecho especialista en resúmenes) puede decirse que la dignidad humana, vinculada a la libertad como capacidad de elegir, la entienden los dos bandos de manera muy diferente. Quien defiende la eutanasia cree que la dignidad pertenece a todos los humanos, porque todos somos libres primaria y activamente. Cuando elegimos, nos decidimos siempre por una determinación, pero cuando ejercemos la liber-

tad radical y primera, nos damos a nosotros mismos la ley o norma de nuestros actos. La libertad, por tanto, se concibe en este caso como base primera de la acción. No depende de nada lógicamente anterior. En cambio, los otros, los que se oponen a la eutanasia, entienden la libertad como secundaria o segunda. La ley o norma, piensan ellos, existe de por sí, desde siempre, en la naturaleza, en la voluntad divina o allí donde sea, y la libertad humana, por tanto, ha de elegir seguirla o secundarla. La libertad es, pues, en este supuesto, segunda. Se determina activamente, por descontado, pero lo hace dentro de la aceptación pasiva de una norma previa que el sujeto libre no crea.

Este es el punto que decide de raíz el problema. La cuestión implica una concepción por completo diferente del ser humano y de su libertad. Unos pensamos que la libertad humana es verdaderamente activa, al menos en algunos momentos decisivos de la vida. Otros piensan que la libertad humana no puede ir más allá de la aceptación pasiva de una norma o de una ley que no proviene del propio ser humano. Y esta diferencia en la manera de entender la libertad ha engendrado toda la cultura moderna, ¡casi nada! Una cultura en cuyo surgimiento España estuvo presente, cuando los teólogos de Salamanca en el siglo xvi defendieron la dignidad humana de los indios como igual a la de los colonizadores, pero de la cual España se alejó después cuando en Flandes perdió la guerra con Francia y se encapsuló en un catolicismo caduco. Permítanme que cite una revista humorística de mi juventud, *La Codorniz*. Recuerdo un chiste que viene al caso. En el dibujo se veía a dos personajes: uno grande, protector, y otro pequeño, protegido por la mano del mayor sobre su cabeza. Decía el grande: «España es el país de Europa con más futuro». El pequeño no contestaba con palabras, pero hacía tres signos de interrogación (???). Y el grande explicaba: «Sí, hombre. Tenemos por delante el siglo xvii, el xviii, el xix, etcétera». España queda apartada de la corriente principal de la cultura europea y muchos de nuestros contemporáneos, frenados por aquel catolicismo trasnochado, aún no se han incorporado a ella.

En la cultura europea moderna se desarrolló una práctica política y una reflexión teórica concomitante que, centrándose en la libertad como valor altamente deseable, llegó con Rousseau, Kant y la Revolución francesa, a la concepción de la libertad como valor supremo y que he descrito como libertad radicalmente activa y primera. La inflexión definitiva, en el terreno político, es costumbre significarla por la Revolución francesa, y más en concreto, por dos hechos de ella: primero, la transformación de las Cortes generales francesas en Asamblea Nacional por obra del canónigo revolucionario Sieyès y de las ideas de su famoso panfleto en el que proclamaba que el tercer estamento —el pueblo— es la nación entera. En segundo lugar, la Declaración de los Derechos

del Hombre y del Ciudadano, de 1789, de la que derivan los Derechos Humanos que han reconocido todas las constituciones democráticas posteriores y que se formulan en la Declaración Universal de Derechos del Hombre de la Organización de las Naciones Unidas (1948). En el terreno del pensamiento, la concepción moderna de la libertad la significaremos habitualmente en dos pares de autores. Locke y Montesquieu, por un lado, y Rousseau y Kant, por el otro. Los primeros teorizan la libertad político-liberal de Inglaterra (derecho a la vida y a la propiedad, distinción de los tres poderes del Estado), mientras Rousseau y Kant la profundizan a continuación entendiéndola como libertad político-moral (libertad como único derecho innato, todos somos amos y señores de nosotros mismos, autonomía moral).

Ahora es el momento de leer un par de párrafos de un texto de Kant. Pertenece al libro *Fundamentación de la metafísica de las costumbres*, de 1785. Kant ha leído a Rousseau y se ha emocionado, a pesar de que la Revolución francesa no haya estallado todavía. La página que guarda una relación directa con la cuestión que hoy discutimos dice así:

La necesidad práctica de actuar según este principio, es decir, el deber (de actuar moralmente), no se basa en absoluto en sentimientos, en impulsos y en inclinaciones, sino únicamente en la relación de los seres racionales entre sí, una relación en la que la voluntad de un ser racional siempre ha de ser considerada conjuntamente como legisladora, ya que de lo contrario el ser racional no se podría concebir como fin en sí. Por lo tanto, la razón refiere cada máxima de la voluntad concebida como legisladora universal a cada una de las otras voluntades y también a cada acción hacia uno mismo, y eso no es por algún otro móvil práctico o alguna ventaja futura, sino en virtud de la idea de la dignidad de un ser racional que no obedece ninguna ley sino aquella que a la vez se otorga él mismo.

En el reino de los fines todo tiene o un precio o una dignidad. Lo que tiene un precio puede muy bien ser sustituido por otra cosa, como equivalente. En cambio, lo que está por encima de todo precio, aquello que consecuentemente no admite ningún equivalente, tiene una dignidad (*Würde*).

Lo que se refiere a las inclinaciones y a las penurias humanas generales tiene un precio de mercado. Lo que, incluso sin presuponer una penuria, es conforme a cierto gusto, es decir, a una satisfacción en el simple juego sin finalidad de nuestras facultades, tiene un precio de afección. Pero lo que constituye la condición para que algo pueda ser un fin en sí no tiene simplemente un valor relativo, es decir, un precio, sino que tiene un valor intrínseco, es decir, una dignidad.

El texto formula claramente dónde reside la dignidad humana, a saber, en la libertad legisladora, esto es, que se da a sí misma la ley. No es una libertad

sin ley, abandonada al puro capricho, sino que se obliga ella misma en atención al respeto que le produce verla presente en todos, no solamente en mí sino en los otros. Valor supremo de los seres humanos, valor sin equivalente y por eso sin precio. Valor irrenunciable y derecho imprescriptible, porque quien pierde la dignidad por una conducta perversa o criminal no pierde esta dignidad que incluye la posibilidad de reconocer la culpa de no haberla respetado y de enmendarse.

Casi puede decirse que Kant inventa la moral. No es verdad, porque hay moral allí donde hay humanos y, antes de Kant, ha habido en filosofía diferentes maneras de explicarla e interpretarla. Pero cuando Kant formula enérgicamente que la moral es autónoma, desautoriza todos los sistemas filosófico-morales que la entiendan como heterónoma, es decir, como acatamiento a una ley procedente de cualquier otro. Somos señores, somos soberanos. Nuestra dignidad radica en el poder de darnos la ley que respeta la libertad igual de todos. Las morales heterónomas son propias de niños. Mientras somos pequeños dependemos de los padres, en cuanto nos hacemos adultos somos autónomos, autores de la obligación de respetar la libertad de los otros tanto como cada uno reclama para sí mismo. Por eso Kant combate como engaño lo que llama falacia naturalista, consistente en afirmar sin ninguna lógica que de la naturaleza (un *ser*) se sigue una manera determinada de comportarnos (un *tener que*), y combate la falacia teológica como si Dios nos impusiera una ley diferente y superior de la nuestra. A Él, si existe, solamente lo podemos concebir confirmando y corroborando el respeto a las personas como fines en sí, es decir, como aquello que no puede ser sometido.

Ahora no estará de más reflexionar por un momento sobre la evolución que han experimentado la palabra y el concepto de libertad. Hagamos, para empezar, un poco de gramática. Dignidad es un sustantivo abstracto derivado del adjetivo «digno». El adjetivo fue primero y se aplicaba a seres humanos o a conductas: una persona digna, un comportamiento digno. Se vinculaba ciertamente a la libertad y al mérito, porque las personas se convertían en dignas, o una manera de comportarse era digna y meritoria, en virtud de alguna actuación voluntaria quizá dificultosa. Del adjetivo se formó el sustantivo «dignidad» para designar la cualidad accidental de digno meritoriamente adquirida. En cualquier caso, no todo el mundo era digno por nacimiento ni cualquiera poseía dignidad. Dicho de otro modo, la dignidad era una excelencia de aquellos que por su virtud (*areté*) sobresalían por encima de los otros: eran *aristoi*, aristócratas.

El término «dignidad», por tanto, en principio distingue, separa, jerarquiza. El digno reclama respeto. Delante de los otros exige cierta veneración o acata-

miento, cierto temor reverencial o, si se quiere así, cierta subordinación. El comportamiento virtuoso eleva y, por eso, hace digno de ejercer una función pública o un cargo que implica autoridad. Observamos que en la concepción clásica una conducta era virtuosa porque se adaptaba o se ajustaba a algo valioso, en principio la honestidad o la justicia. Y si prestamos atención a que la justicia siempre implica una relación con otros, comprendemos bien que toda la constelación de palabras y conceptos que giran en torno a la dignidad no son rigurosamente individuales sino sociales. Son nociones vinculadas a la moralidad y eso es lo decisivo. Solamente de manera secundaria se refieren a habilidades técnicas. También un carpintero, haciendo buenos muebles, se hace digno de respeto.

Ahora bien, la dignidad antigua era cosa de algunos, no de todos. La dignidad moderna es de todos. Y es universal, porque no la consideramos consecuencia de un buen comportamiento, sino principio de él. Todos tenemos una dignidad, todos somos dignos de respeto, porque somos amos y señores de nosotros mismos. Si el concepto «dignidad», una vez universalizado, incluye aún excelencia, es porque hablamos de una cualidad que nos eleva por encima de los seres no libres. A la palabra «dignidad» le añadiremos «humana» por cuanto consideramos que esta dignidad no la ostentan los seres no libres, incapaces por tanto de autoobligarse. Esta dignidad humana no la pierde ni el criminal más criminal, ni el inmoral más inmoral, porque si pierden la dignidad por cobardía, ira, impudicia, gula, etcétera, pierden la cualidad que se gana por la conducta virtuosa, pero no la cualidad inherente a poder ser virtuosos. En conclusión: la dignidad simplemente humana, la de todos los individuos del género humano, la poseemos por ser libres moralmente, esto es, porque somos autónomos, legisladores o autores de la propia ley.

¿Consecuencias para la eutanasia? Las vemos ya automáticamente. Pero apuntémoslas brevemente, para hacerlas constar. De acuerdo con esta dignidad, cada persona adulta y no incapacitada tendrá que tomar una decisión sobre su vida y su muerte, porque vida y muerte siempre se implican en los entes finitos. La muerte no es un acontecimiento puntual, solamente presente al final de la vida, sino que a lo largo de toda ella la muerte se insinúa. Pequeñas muertes de todos los días, de tantas horas fallidas. *Eros* y *Thánatos*, amor y muerte, sintetizaban los antiguos. Si tenemos que decidir sobre la vida, ¿por qué no sobre la muerte mientras vivimos? En definitiva, el argumento intrínseco a favor de la eutanasia es siempre el mismo: libertad activa, autonomía moral, dignidad de la libertad, dicho en palabras equivalentes.

Los argumentos en contra me parece que se resumen en dos: uno de principio y otro de circunstancias. El primero nos dice que no somos libres en el

sentido explicado, que no somos radicalmente autónomos y que nos tenemos que someter, por tanto, a una ley superior de la que no somos sus autores. A quien pone esta objeción solamente le puedo responder que no ha entendido el argumento que he expuesto, quizá porque el grado de desarrollo de su conciencia es aún premoderno. O padece el vértigo de la libertad o le da miedo el ejercicio de la facultad más noble. No lo sé, pero está claro que su alma no quiere ser señora, no quiere emanciparse.

El segundo argumento puede formularse de muchas maneras pero se resume en uno solo: si permitimos la eutanasia, ¿adónde iremos a parar? O sea que el objetante apela, indeterminadamente, a los peligros que implica permitir la colaboración activa en la muerte de otro. Ahora bien, y con esto empiezo a responder a la objeción, todo el mundo entiende que los peligros son reales. Pero los peligros de una buena acción, por sí solos y de manera indeterminada, nunca son motivo suficiente para prohibirla. Y enfatizo que la eutanasia es una buena acción porque así se desprende del argumento de la libertad como lo he desarrollado. Aunque de todas maneras sí que es preciso concretar los peligros reales y pedir entonces al legislador civil que obligue a las cautelas que los evitan. Los peligros, si no me equivoco, afectan a dos puntos diferentes: que conste de modo suficientemente claro que la persona que pide la eutanasia la quiere de forma libre y, en segundo lugar, que quien la practica lo hará de manera correcta técnicamente, es decir, con rapidez y sin sufrimientos añadidos o crueldad.

Observen de paso que los dos objetantes tienen miedo. El miedo de quien niega la eutanasia por principio me parece injustificado. O, si se quiere, es la angustia que acompaña a la asunción de la condición humana real, con toda su grandeza y, a la vez, limitación y sufrimientos. El segundo miedo aconseja prudencia y es preciso hacerle caso.

Tengo que acabar. Querría dejar bien claro lo esencial del argumento a favor de la eutanasia basado en la dignidad de la persona. Dignidad que radica en la libertad autónoma que se da a sí misma la ley por el respeto a la libertad de los otros. Esta concepción no excluye la convicción moral de quien diga «yo nunca lo haré». Lo que no puede hacer nunca el objetante de conciencia es imponer su convicción a los otros. Si quiere prohibir, no se lo hemos de permitir. Tiene que entender que mi convicción admite la posibilidad del otro discrepante, mientras que el otro quiere imponerme con toda la fuerza del derecho penal su convicción a mí. Las dos posiciones no son simétricas. Esta es la diferencia radical.

La mirada de la moderadora deja bastante claro que el tiempo se ha acabado. Finalizaré con un recuerdo personal. En un pueblo pequeño de Alemania,

un pueblo campesino tocando a Holanda, asistí a un ritual funerario. Los campesinos y campesinas sacaron de las arcas vestidos de luto, negros, ricos y solemnísimos. Los hombres, sombrero de copa. Las mujeres, grandes cofias de puntillas. Pues bien, después del funeral en la iglesia y del entierro en el cementerio, toda la parentela con los amigos invitados se dirigieron en comitiva silenciosa a la fonda del pueblo. Allí estaba preparada la mesa para el banquete funerario. Empezaron a comer y beber sin alborozo, pero poco a poco, y gracias seguramente a la bebida, el banquete funerario se convirtió en convite festivo. Y entonces este convite fue la ocasión para el establecimiento de nuevas relaciones nupciales. Los jóvenes de una familia con parientes y amigos que se extendían hasta los pueblos vecinos, gente que seguramente no se veía a menudo, entraban en relación e iniciaban nuevos vínculos matrimoniales. Era un ejemplo intuitivo de la implicación mutua de la vida y la muerte.

A mí me parece que nuestra cultura peca del apartamiento sistemático de la muerte, hasta hacerla tabú. El tabú de mi infancia era el sexo; ahora hablamos de él sin tapujos. Pero otro lo ha sustituido, el de la muerte. Hacemos que no se vea; la muerte es nefanda, no se puede hablar de ella. Y, sin embargo, la anécdota que he contado hace patente que vida y muerte, muerte y vida, se comunican continuamente y se implican. La una está dentro de la otra. Por eso, resulta absurdo querer sacralizar la vida sola y sustraer la muerte a la libertad.

Anexo

Texto íntegro del testamento de Ramón Sampedro

Sres. Jueces, Autoridades Políticas y Religiosas:

I

Después de las imágenes que acaban de ver, a una persona cuidando de un cuerpo atrofiado y deformado —el mío—, yo les pregunto: ¿qué significa para ustedes la dignidad?

Sea cual sea la respuesta de vuestras conciencias, para mí la dignidad no es esto. ¡Esto no es vivir dignamente!

Yo, igual que algunos jueces, y la mayoría de las personas que aman la vida y la libertad, pienso que vivir es un derecho, no una obligación. Sin embargo he sido obligado a soportar esta penosa situación durante veintinueve años, cuatro meses y algunos días.

¡Me niego a continuar haciéndolo por más tiempo!

Aquellos de vosotros que os preguntéis: ¿por qué morirme ahora —y de este modo— si es igual de ilegal que hace veintinueve años?

Entre otras razones, porque hace veintinueve años la libertad que hoy demandando no cabía en la ley. Hoy sí. Y es por tanto vuestra desidia la que me obliga a hacer lo que estoy haciendo.

II

Van a cumplirse cinco años desde que —en mi demanda judicial— les hice la siguiente pregunta: ¿debe ser castigada la persona que ayude en mi eutanasia?

Según la Constitución española —y sin ser un experto en temas jurídicos— categóricamente NO.

Pero el Tribunal competente —es decir, Constitucional— se niega a responder. Los políticos —legisladores— responden indirectamente haciendo una chapuza jurídica en la reforma del Código Penal. Y los religiosos dan gracias a Dios porque así sea.

Esto no es autoridad ética o moral. Esto es chulería política, paternalismo intolerante y fanatismo religioso.

III

Yo acudí a la justicia con el fin de que mis actos no tuviesen consecuencias penales para nadie. Llevo esperando cinco años. Y como tanta desidia me parece una burla, he decidido poner fin a todo esto de la forma que considero más digna, humana y racional.

Como pueden ver, a mi lado tengo un vaso de agua que contiene una dosis de cianuro de potasio. Cuando lo beba, habré renunciado —voluntariamente— a la propiedad más legítima y privada que poseo; es decir, mi cuerpo. También me habré liberado de una humillante esclavitud —la tetraplejía.

A este acto de libertad —con ayuda— le llaman ustedes cooperación en un suicidio —o suicidio asistido.

Sin embargo yo lo considero ayuda necesaria —y humana— para ser dueño y soberano de lo único que el ser humano puede llamar realmente Mío, es decir, el cuerpo y lo que con él es —o está— la vida y su conciencia.

IV

Pueden ustedes castigar a ese prójimo que me ha amado y fue coherente con ese amor, es decir, amándome como a sí mismo. Claro que para ello tuvo que vencer el terror psicológico a vuestra venganza —ese es todo su delito—. Además de aceptar el deber moral de hacer lo que debe, es decir, lo que menos le interesa y más le duele.

Sí, pueden castigar, pero ustedes saben que es una simple venganza —legal pero no legítima—. Ustedes saben que es una injusticia, ya que no les cabe la menor duda de que el único responsable de mis actos soy yo, y solamente yo.

Pero, si a pesar de mis razones deciden ejemplarizar con el castigo atemorizador, yo les aconsejo —y ruego— que hagan lo justo: córtenle al/a la cooperador/a los brazos y las piernas porque eso fue lo que de su persona he necesitado. La conciencia fue mía. Por tanto, míos han sido el acto y la intención de los hechos.

V

Señores Jueces, negar la propiedad privada de nuestro propio ser es la más grande de las mentiras culturales. Para una cultura que sacraliza la propiedad

privada de las cosas —entre ellas la tierra y el agua— es una aberración negar la propiedad más privada de todas, nuestra Patria y Reino personal. Nuestro cuerpo, vida y conciencia —nuestro Universo.

(A continuación hay unos párrafos de despedida escritos en gallego dedicados a su familia que no se reproducen aquí por respeto a su intimidad.)

Señores Jueces, Autoridades Políticas y Religiosas:

No es que mi conciencia se halle atrapada en la deformidad de mi cuerpo atrofiado e insensible, sino en la deformidad, atrofia e insensibilidad de vuestras conciencias.

Documento del Observatorio de Bioética y Derecho sobre la disposición de la propia vida en determinadas circunstancias: declaración sobre la eutanasia (2003; 2010)¹

María Casado y Albert Royes (coords.)

Presentación

El Grupo de Opinión del Observatorio de Bioética y Derecho, con sede en el Parc Científic de Barcelona, surgió como respuesta a la necesidad de analizar científicamente y desde un punto de vista pluridisciplinar las implicaciones éticas, sociales y jurídicas de las biotecnologías y para proponer después actuaciones concretas.

El Observatorio de Bioética y Derecho se creó con la intención de participar en el diálogo universidad-sociedad y con la finalidad de hacer oír su voz en el conjunto de la sociedad y ante los organismos públicos, administrativos y políticos que regulan y controlan las actividades de investigación y la aplicación de las nuevas tecnologías. Ello requiere también la voluntad de establecer relación con los medios de comunicación para mejorar la calidad de la información. Por esta razón, el Grupo de Opinión ha elaborado ya diversos Documentos sobre temas de actualidad acerca de los cuales no existe una opinión unánime en la sociedad ni en las diversas comunidades científicas implicadas.

En esta ocasión, el Grupo presenta un Documento de opinión con la voluntad de intervenir en el debate sobre la eutanasia, que se mantiene a lo largo de los años y resulta de renovada actualidad con cada nuevo caso divulgado por los medios de comunicación. El Grupo parte de que el progresivo reconocimiento de la autonomía de las personas —y, por tanto, también de los pacientes— debe culminar con la aceptación de determinados supuestos de disposición de la propia vida y de que para regularlos es necesaria una legislación específica.

¹ Este Documento, como todos los del Grupo de Opinión del Observatorio de Bioética y Derecho, de la Universidad de Barcelona, puede consultarse en: <http://www.publicacions.ub.edu/refs/observatori/BioEticaDret/documents.aspx>.

En este tema, como suele suceder en bioética, se requiere una especial disposición para el diálogo pluridisciplinar, que englobe los planteamientos ético-filosóficos, los de la antropología cultural, los jurídicos y los sociosanitarios, y que posea una fuerte base técnica y científica aportada por aquellas disciplinas cuyas nuevas posibilidades desencadenan el debate.

Para la elaboración de esta propuesta, el grupo ha sido coordinado por una jurista, la Dra. María Casado, y un especialista en ética médica, el Dr. Albert Royes, directora y secretario del Observatorio de Bioética y Derecho, respectivamente, y ha contado con las aportaciones interdisciplinares de diferentes especialistas del grupo.

Preámbulo

El presente Documento trata sobre la disposición de la propia vida en determinados supuestos, porque en la discusión acerca de la autonomía de las personas siempre late, en último término, la cuestión de las circunstancias en las que puede aceptarse la disponibilidad de la propia vida. En efecto, la dignidad humana se invoca tanto para defender el derecho a elegir libremente el momento de la muerte —derecho a morir dignamente—, como para oponerse, en su nombre, al reconocimiento de este derecho. Evidentemente, tras este uso equívoco del término «dignidad» subyacen distintas concepciones del ser humano, de la libertad y del conjunto de los derechos humanos.

En los últimos tiempos, las noticias relevantes sobre el problema de la eutanasia han sido diversas. La más reciente ha sido la polémica suscitada en Francia (septiembre de 2003) por el caso Humbert —una madre que ayudó a morir a su hijo con la colaboración de un médico que preparó las sustancias necesarias y para quien el fiscal ha pedido pena de prisión—. Asimismo, el Tribunal Europeo de Derechos Humanos ha tenido que tomar postura en este campo con ocasión de la demanda interpuesta contra el Reino Unido por Diane Pretty (julio de 2002). Y, en España, es de todos conocida la repercusión que en su día tuvo el caso Sampedro.

No solo en los medios de comunicación este debate es continuo y candente. Frecuentemente se realizan encuestas de opinión que evalúan el grado de aceptación de la eutanasia entre los ciudadanos y los profesionales sanitarios, con el fin de analizar el interés de la opinión pública en cuanto a la conveniencia de crear una regulación específica sobre el tema. En todas ellas, la aceptación de la regulación de la eutanasia es absolutamente mayoritaria en una tendencia ascendente que se mantiene desde hace décadas. Por otra parte, existen diversas

recomendaciones respecto de la eutanasia por parte del Consejo de Europa, que lleva ocupándose del tema desde 1976.² Sin embargo, por ahora tan solo dos países de nuestro entorno han regulado de manera específica la eutanasia: Holanda (2001) y Bélgica (2002).

Desde siempre, los médicos han participado en la toma de decisiones sobre el fin de la vida y actualmente se considera buena práctica limitar, suspender o no instaurar tratamientos en determinadas circunstancias aunque ello conlleve la muerte del paciente: es lo que suele denominarse limitación del esfuerzo terapéutico, limitación de tratamientos o, simplemente, eutanasia pasiva.³ El criterio médico que justifica esas decisiones encuentra amparo tanto en las normas deontológicas de la profesión como en la Ley básica 41/2002, de 14 de noviembre, reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica e, incluso, en diversas declaraciones de círculos de la bioética católica.⁴ Este tipo de medidas son práctica habitual en todos los hospitales; las toman los médicos atendiendo a los intereses de los pacientes y, por lo general, con el conocimiento y la anuencia de la familia. Además, de no hacerse así se incurriría en mala práctica médica. En cualquier caso, lo que aquí se quiere poner de manifiesto es que tales decisiones siguen siendo, frecuentemente, una elección de los médicos, que actúan según su criterio profesional y su concepción de lo que constituye la buena praxis.

El respeto a la libertad de la persona y a los derechos de los pacientes ha adquirido una especial relevancia en el marco de las relaciones sanitarias, ámbito en el que la autonomía de la persona constituye un elemento central cuyas manifestaciones más evidentes se plasman en la necesidad de suministrar información veraz a las personas enfermas y de recabar su consentimiento, aunque no concluyen ahí.

La Ley General de Sanidad de 1986 inició un proceso de concreción de los derechos fundamentales de las personas en el ámbito sanitario y, en especial, del derecho a tomar decisiones sobre la propia salud. Desde entonces, este proceso ha venido desarrollándose paulatinamente: mediante la introducción de la exigencia del *consentimiento informado*, con la aceptación de que las personas competentes pueden ejercer su derecho a rechazar cualquier tratamiento

² Resolución 613 (1976), Recomendación 779 (1976) y Recomendación 1418 (1999). Pueden consultarse en: www.coe.int.

³ CABRÉ, LL., SOLSONA, J.F., y GRUPO DE TRABAJO DE BIOÉTICA DE LA SEMICYUC, «Limitación del Esfuerzo Terapéutico en Medicina Intensiva», en *Medicina Intensiva*, 26(6), 2002, pp. 304-331.

⁴ Un ejemplo del punto de vista católico se encuentra en la famosa alocución de Pío XII en el Congreso Nacional de la Sociedad Italiana de Anestesiología en 1957.

o actuación sanitaria incluyendo los llamados tratamientos de soporte vital, y a través de la promulgación de normas que regulan los *Documentos de voluntades anticipadas* —cuestión ya tratada en otro Documento del grupo—. Ese desarrollo debe seguir, dotando de contenido real a lo anterior y admitiendo, además, la posibilidad de que el libre ejercicio de la autonomía pueda concretarse también mediante la disposición de la propia vida en determinados supuestos. Es decir, admitiendo lo que comúnmente se denomina eutanasia activa voluntaria.

El debate sobre la legitimidad de la eutanasia debe ser abordado desde un doble punto de vista: como una cuestión de respeto a la autonomía de las personas y, a la vez, de solidaridad con quien sufre. La referencia inicial en este debate es la tradicional invocación a la autonomía y la dignidad de la persona, porque la eutanasia supone una decisión individual y por definición autónoma. Asimismo, porque no se puede invocar la lesión de los derechos de otros sujetos ya que, también por definición, esa decisión afecta directamente solo a dos partes: a quien la solicita y a quien la realiza.

El Comité Nacional de Ética francés publicó en 2000 un informe,⁵ en el que modificaba las conclusiones y criterios que había sostenido al respecto nueve años atrás,⁶ para reconocer explícitamente que es aconsejable revisar aquellas conclusiones a la luz del progreso de la técnica médica y de la evolución de la sociedad desde entonces. Resulta importante en sí mismo —y tiene repercusiones en la normativización de los problemas de la bioética— el hecho de que un comité del prestigio y la solvencia del francés sostenga que en menos de diez años las circunstancias han evolucionado tanto que le obligan a revisar sus propios planteamientos. Pero lo que interesa señalar ahora es la intención del citado Comité de aportar elementos para esta reflexión a partir de la constatación de la evolución de los hechos y de la necesidad de dar una respuesta solidaria a un problema real de nuestra sociedad. La evolución científica y técnica plantea nuevos problemas al ser humano; el alargamiento de la vida en determinadas circunstancias no es considerado un bien por todas las personas y, en este caso, la voluntad del sujeto debe ser tenida en cuenta. Ante esta situación —sin establecer como un derecho la exigencia de la colaboración de un tercero para poner fin a la propia vida—, el Comité invoca la solidaridad humana y la compasión para tomar en consideración el hecho de que el ser humano puede en-

⁵ CCNE, *Avis sur la fin de vie, arrêt de vie, euthanasie*, de 27-1-2000, París. Puede consultarse en: <http://www.ccne-ethique.fr/sites/default/files/publications/aviso63.pdf>.

⁶ CCNE, *Avis concernant la proposition de résolution sur l'assistance aux mourants...*, de 24-6-1991, París. Puede consultarse en: <http://www.ccne-ethique.fr/sites/default/files/publications/aviso26.pdf>.

contrarse en circunstancias tales que, aunque exista una regla general de prohibición de colaborar en la muerte de otro, se deban tener en cuenta excepciones.

Hablar en este contexto de compasión no supone entender este concepto de forma paternalista, sino que apela a una concepción solidaria de las relaciones entre los seres humanos, a una visión del problema que acepte aperturas excepcionales para supuestos excepcionales. Y, además, se trata de circunscribir el marco del acuerdo en conformidad con una definición estricta del término, ligado a la solicitud del sujeto y al cumplimiento de requisitos que garanticen la voluntariedad. Esta es una buena vía para el acuerdo entre posiciones que de otra manera resultan habitualmente enfrentadas.⁷

La confusión conceptual que aún subyace en el debate sobre la eutanasia se halla, sin duda, estrechamente relacionada con la ambigüedad existente en torno a los diferentes significados que se atribuyen a la palabra «eutanasia». El término se refiere, según algunos, a cualquier tratamiento médico que acorte la vida de un enfermo y también se asocia con el acto de dejar que las personas se mueran. Para otros, equivale al homicidio por compasión, o bien al homicidio en interés de la víctima. Para algunos se identifica con el homicidio a petición del que muere y el auxilio al suicidio. Y también hay quienes lo entienden como la acción de acabar con la vida de las personas no deseadas, o como la de provocar la muerte de los que sufren.

Esas diferentes acepciones del término «eutanasia», con valoraciones éticas y jurídicas distintas e incluso divergentes, en las que además se mezclan sin distinción las definiciones descriptivas con las prescriptivas, traen como consecuencia que no resulte nada evidente de qué se está discutiendo cuando se debate acerca de la eutanasia. La gran variedad de significados que aporta la pluralidad de definiciones elaboradas para distinguir entre las diferentes clases de eutanasia —con la distinción entre eutanasia activa y pasiva, directa e indirecta, y voluntaria, no voluntaria e involuntaria—, han acabado dando a luz una tipología que no ayuda a obtener criterios de decisión en los casos concretos. Al no ser estas clasificaciones aplicables a todas las diferentes definiciones de eutanasia, y al ser susceptibles de combinarse entre sí, su uso ha acabado generando una complejidad terminológica que dificulta aún más la

⁷ En este mismo sentido se ha manifestado recientemente el presidente de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECP), tradicional valedora de estos como la alternativa a la eutanasia, al reconocer que «No obstante, el enfoque paliativo puede no satisfacer las necesidades de algunos pacientes. En estos casos, ante una solicitud de eutanasia, sería necesario un debate sereno sobre algún tipo de regulación que tuviera como ejes fundamentales el sufrimiento humano y un profundo respeto a la decisión de cada persona», *El País*, 28 de octubre de 2003.

discusión de los diferentes problemas que subyacen en la llamada cuestión de la eutanasia.

La eutanasia es una acción que abarca dos actos, cada uno de los cuales tiene un protagonista distinto. En el primero, el protagonista es el enfermo que padece una enfermedad grave que conduciría necesariamente a su muerte o que le causa padecimientos permanentes y difíciles de soportar, y es quien toma la decisión, éticamente legítima, de poner fin a su vida de manera apacible y digna. Este enfermo goza de voluntad libre, o la tuvo cuando suscribió un documento de voluntades anticipadas. Este primer acto es verdaderamente básico y, a su vez, es el fundamento del segundo.

El segundo acto consiste en la intervención médica que proporciona la muerte de forma rápida, eficaz e indolora, y, en efecto, carecería de legitimidad si no se puede verificar la existencia del primero. Pero resulta necesario, porque hace efectiva la libre decisión del enfermo. Para que se cumpla esa voluntad de *buena muerte* se precisa la ayuda del médico, puesto que, de acuerdo con los conocimientos actuales, habrá que prescribir fármacos y administrarlos correctamente. Y la razón de que se requiera esa intervención médica es de carácter práctico, ya que el conocimiento profesional es el que asegura que la muerte acaecerá de la manera apacible que se pretende.

La objeción de conciencia del personal sanitario debe ser respetada, pero, como cualquier otro derecho, debe cumplir unos determinados requisitos. El límite esencial es que nunca el ejercicio del derecho a la objeción de conciencia por parte de un profesional sanitario puede suponer perjuicio para el paciente. Además, la objeción de conciencia, como derecho derivado de la libertad ideológica, es un derecho individual y nunca puede ser ejercido por una institución —centros de salud, hospitales...

Es de resaltar que —como ha sostenido el Tribunal Constitucional en su STC 106/1996, de 12 de junio— los centros sanitarios no pueden invocar un ideario propio como derecho a ponderar frente a otros derechos tutelados. Los centros sanitarios están obligados, en todo caso, a prescribir y proporcionar los servicios y prestaciones que reconozca el sistema de salud.

La argumentación que sostiene la libre decisión del enfermo es la autonomía moral. No sería legítima una ley que tratara de imponer la eutanasia a todos los enfermos incurables y dolientes, pero sí lo es una ley que la admita bajo determinados supuestos bien precisos e incluya las cautelas necesarias para prevenir posibles vicios en cualquiera de los dos actos que concurren en ella.

Las acciones de provocar o colaborar en la terminación de la vida del paciente a su requerimiento que se han descrito anteriormente son las que en este Documento se consideran legítimas, por más que otras interpretaciones del

derecho constitucional a la vida concluyan que ese derecho incluye el deber de seguir viviendo en cualquier caso. El Estado puede proteger la vida, pero no imponer el deber de vivir en todas las circunstancias. El reconocimiento del derecho a la vida tiene en nuestro ordenamiento una vocación garantista: frente al Estado y frente a los demás ciudadanos. No se trata de un derecho absoluto: el derecho a la vida puede entrar en colisión con otros derechos y debe ser ponderado. A la luz de la Constitución, y desde un punto de vista estrictamente jurídico, no es posible situar en todos los casos el derecho a la vida por encima del de la libertad del individuo. Hay que tener en cuenta que la ley penal debe acomodarse a los principios constitucionales, ya que estos principios son los que establecen los bienes jurídicos merecedores de la tutela penal. La concepción del derecho a la vida, que implica el mantenimiento de esta incluso en contra de la voluntad de su titular, debe ceder paso a concepciones más acordes con el respeto al derecho de autodeterminación de las personas y con el carácter laico del Estado. Las garantías siempre se establecen a favor de quien ostenta el derecho y no en su contra: el derecho a la vida lleva aparejado el deber de respetar la vida ajena, pero no el deber de vivir contra la propia voluntad en condiciones penosas.

De ahí la propuesta de que se regule en España la eutanasia —entendida como activa y voluntaria, que es a lo único a lo que propiamente debería llamarse «eutanasia»—, mediante la promulgación de una norma específica y pormenorizada que permita la colaboración del médico en la disposición de la propia vida en determinadas circunstancias.

No obstante, hay que señalar que la propuesta del presente Documento tiene como eje la autonomía. El deber general de respeto por el paciente se manifiesta de manera especial en la aceptación de su autonomía, y rige también para los menores de edad. No se puede olvidar que el mejor interés del menor es el principio rector de cualquier normativa al respecto. Las normas jurídicas no pueden imponer unos límites fijos donde la naturaleza establece un proceso continuado, como es el crecimiento; hacerlo, supondría una falta de realismo en un área en la que el derecho demuestra ser sensible al desarrollo humano y al cambio social. Es de resaltar que la patria potestad debe ser ejercida siempre en beneficio de los hijos (art. 154 del Código Civil) y que las reglas que regulan las relaciones paterno-filiales no deben interpretarse de forma que priven al menor del ejercicio de sus derechos fundamentales (art. 162 del Código Civil). Por otra parte, en algunos tipos penales se admite la validez del consentimiento —entendido como «capacidad natural de consentir»— desde los 13 años, aunque no se tenga la mayoría de edad civil o política.

Los casos en los que las personas carecen de autonomía quedan fuera de esta propuesta. Los niños, los incapaces y todos aquellos que no hubieran manifes-

tado anteriormente su voluntad, por no poder o no querer hacerlo, plantean problemas específicos y separados que deberían ser tratados de forma distinta ya que ninguno de estos supuestos puede resolverse acogiéndose a la necesidad de respetar la libertad de la persona en la toma de decisiones sobre su propia vida. La importancia y la complejidad de estos casos —como se pone de manifiesto en las unidades de neonatos y en las de medicina intensiva— aconsejan un tratamiento diferenciado que este Grupo de Opinión se propone abordar en su momento.

Declaración

Teniendo en cuenta que la posibilidad de disponer de la propia vida en determinadas circunstancias es un tema clásico de la ética, la bioética y los derechos humanos sobre el que aún no existe una conceptualización precisa.

Teniendo en cuenta que el debate sobre la eutanasia resurge en la opinión pública con cada nuevo caso que es divulgado por los medios de comunicación.

Teniendo en cuenta que existen una gran confusión e imprecisión terminológicas que dificultan el debate mismo y el acuerdo en torno a la cuestión de la eutanasia.

Teniendo en cuenta que, aunque las opiniones y valoraciones sobre la eutanasia y su moralidad sean dispares, existe un consenso social favorable a no castigarla.

Teniendo en cuenta que uno de los objetivos de la medicina es aliviar el sufrimiento de los enfermos mediante el uso de los medios más adecuados en cada caso.

Teniendo en cuenta que existe el imperativo moral de evitar el sufrimiento innecesario e indeseado y que castigar la eutanasia es prolongar inhumana y moralmente el sufrimiento.

Teniendo en cuenta que la prohibición de la eutanasia conlleva la clandestinidad de conductas que no son ni moral ni socialmente reprochables y que genera situaciones de injusticia y de sufrimiento.

Teniendo en cuenta que el respeto a la autonomía de la persona es un derecho que adquiere cada vez mayor relevancia y alcance en el ámbito de la sanidad.

Teniendo en cuenta que la eutanasia debe ser abordada no solo desde el respeto a la autonomía de las personas sino como una cuestión de solidaridad con quienes la solicitan.

Teniendo en cuenta que el Estado debe proteger la vida pero no imponer a las personas el deber de vivir en condiciones penosas en contra de sus deseos y convicciones más íntimas.

El Grupo de Opinión del Observatorio de Bioética y Derecho propone las siguientes

Recomendaciones

- 1. El legislador debe regular los requisitos y procedimientos para que la disposición de la propia vida en determinados supuestos pueda llevarse a cabo en nuestro país.**

Para ello se ha de introducir una legislación específica que permita la práctica de la eutanasia en cuanto acción médica a petición seria, expresa, inequívoca y reiterada de la persona afectada.

- 2. La Ley ha de precisar con claridad el papel del médico respecto de toda petición de eutanasia que reúna los requisitos que ella misma establezca y en la puesta en práctica de dicha petición.**

Compete al médico el control del cumplimiento de las condiciones clínicas que se establezcan para la eutanasia, así como el seguimiento de la actuación para asegurar que el paciente pueda morir de forma rápida e indolora. La práctica del procedimiento eutanásico puede ser efectuada, no obstante, además de por el médico, por el propio enfermo o por alguno de sus allegados.

Se ha de respetar el derecho a ejercer la objeción de conciencia por parte del médico u otro profesional sanitario directamente implicado en un procedimiento eutanásico. En todo caso, la ley debe garantizar el derecho de los enfermos a disponer de la propia vida en los supuestos instituidos.

- 3. Ha de aceptarse la validez de la petición de eutanasia hecha mediante un Documento de Voluntades Anticipadas o manifestada por el representante designado en el mismo documento.**

Cuando un Documento de Voluntades Anticipadas contenga esta petición, ha de ser considerada vinculante, pues reúne el requisito de ser una manifestación fehaciente de la voluntad de alguien competente que ha establecido previsiones respecto a su propia muerte, como ya se puso de manifiesto en el *Documento sobre las voluntades anticipadas* elaborado por este Grupo de Opinión (junio de 2001). A fin de confirmar esta voluntad, deberá cons-

tatarse que el correspondiente Documento de voluntades anticipadas no ha sido revocado por su otorgante.

4. La ley deberá respetar la autonomía de los menores atendiendo a su grado de madurez.

Dado que la normativa más reciente es sensible al problema que supone establecer límites fijos a los procesos vitales —que de suyo son evolutivos— y reconoce el derecho de los menores a tomar decisiones sobre su salud, es necesario aceptar una petición de eutanasia proveniente de un menor maduro. Sería razonable aceptar la pauta —ya reconocida en diversas ocasiones y lugares— de que los mayores de 16 años puedan decidir por sí mismos, con el requisito de que los padres sean oídos y se involucren en la decisión; y en lo que respecta a los menores de entre 12 y 16 años, la aceptación por parte de los padres de la decisión del menor ha de ser un requisito imprescindible.

5. Los poderes públicos deberán propiciar la extensión de cuidados especializados específicos a fin de que todas las personas tengan acceso a ellos y el proceso de morir se desarrolle con dignidad.

Esto implica favorecer los cuidados paliativos y domiciliarios de forma que sean una posibilidad real al alcance de toda la población en cuanto derecho de los pacientes. Conviene subrayar que, pese a esto, seguirán existiendo peticiones de eutanasia que deben ser atendidas.

Eutanasia y ética¹

Javier Sádaba

El texto constará de tres partes. En la primera haré una brevísima introducción al tema y, al mismo tiempo, descartaré las falsas imágenes que suelen rodear al concepto de eutanasia. En la segunda confrontaré la eutanasia con la moralidad. Eso exigirá que exponamos las pruebas a su favor. Y en la tercera y última nos detendremos en las objeciones a la eutanasia. Una muy breve conclusión cerrará la exposición.

La palabra «eutanasia», puesta en circulación por el filósofo F. Bacon, etimológicamente equivale a «buena muerte». Pero la etimología en general y esta en concreto no sirven de mucho. Porque, ¿qué significa «buena muerte»? Se han dado no pocas definiciones de eutanasia. Por eso, mejor que quedarse con una que debería ser, obsesivamente, muy precisa, es preferible describirla según la praxis médica, los textos legales y la filosofía moral. Si nos atenemos a lo que en dichas fuentes se entiende por eutanasia habría que señalar las siguientes características: voluntad clara del paciente de que se acabe con su vida, irreversibilidad de su enfermedad, con la consiguiente falta de alternativas, y sufrimiento, psíquico o físico (o los dos a la vez) insostenibles. Aun supuestas estas notas, muchos se mostrarán insatisfechos. Es probable que a algunos tal insatisfacción no se la quitemos nunca. Como sugiere Wittgenstein, a una pregunta de más, no responde una aclaración sino perderse en la oscuridad. En cualquier caso, y por medio de las precisiones que vayamos haciendo a lo largo del texto, podremos delimitar mejor lo que por el momento no es más que un esbozo. Se habrá observado, además, que hemos hablado de voluntad o consentimiento firme por parte del afectado para que se le practique la eutanasia. De esta manera hemos recortado el concepto, cosa que es importante realizar desde el principio. Y es que, si no lo hacemos, mezclamos casos distintos que oscurecen la discusión. Es preferible, repito, comenzar por los casos claros y desde allí y en analogía, tratar los más complicados. Porque complicadas, y de manera muy especial, son situaciones, ya casi por todos conocidas, como las de Baby Doe, Nancy Cruzan o Terri Schiavo. Estas personas no podían decidir por sí mismas dado

¹ Publicado originalmente en la *Revista de Bioética y Derecho*, núm. 8, octubre de 2006.

que su vida era simplemente vegetativa (biológica, como insiste Rachels, para oponerla a la biográfica). Y allí solo puede actuar la voluntad implícita o la sustitutoria, lo cual genera un conjunto de problemas añadidos. Quedémonos, en consecuencia, en el núcleo de la eutanasia más obvio y al alcance de nuestra mano. Solo después se harían, si es preciso, las ampliaciones oportunas. La eutanasia en cuestión es, además, activa. Quiere esto decir que se produce intencionadamente y con los medios adecuados. Algunos distinguen también entre eutanasia directa e indirecta. Creo que son ganas de complicar las cosas. Porque si por indirecta se entiende dar un fármaco que, aparte de aliviar el dolor, acorte la vida no existe en modo alguno eutanasia. Incluso los escolásticos, fieles escuderos de la teología cristiana, estarían de acuerdo. No en vano, y de la mano de Tomás de Aquino, desarrollaron la doctrina del Doble Efecto. Muy resumida, dicha doctrina sostiene que si de una acción se sigue un inevitable efecto malo, este puede tolerarse en función de un buen fin. Y, finalmente, no nos referimos tampoco a la mal llamada «eutanasia pasiva». Para aclarar brevemente este punto hagamos las siguientes observaciones. De la eutanasia voluntaria y activa, que es el objetivo de nuestro trabajo, suele diferenciarse la distanasia o encarnizamiento terapéutico. A dicho encarnizamiento se opone todo el mundo, incluida la Iglesia católica. Tanto es así que se han introducido en la terminología actual las siglas LET (limitación del esfuerzo terapéutico), dando a entender que está de más continuar interviniendo en un cuerpo que no resiste ya tratamiento alguno, siendo la prolongación de la cura un sufrimiento completamente inútil (piénsese en Franco o en Boumédiène). Luego no encarnizarse no es tipo alguno de eutanasia. Algunos, erróneamente, llaman a tal encarnizamiento cacotanasia. Este término, sin embargo, y si mantenemos el significado que tradicionalmente se le ha dado, correspondería a la muerte por compasión (*mercy killing*) y que no cuenta con la aprobación del propio implicado. Es obvio que la eutanasia que defenderemos no es, sin más, muerte por compasión. Podríamos, en fin, citar la ortotanasia o buena muerte entendida al modo cristiano; en otros términos, esperando que la naturaleza actúe como le plazca pero rodeando al enfermo de afecto, ayuda espiritual y todo aquello que pudiera arroparle en su último viaje. De nuevo, esto nada tiene que ver con la eutanasia.

Se habrá notado inmediatamente que las distinciones mueven a preguntas bien sensatas. Por ejemplo, si está permitida y hasta recomendada la mal llamada eutanasia pasiva y se rechaza la distanasia, ¿qué tendría de malo la eutanasia activa? Porque, ¿cuál es la diferencia entre retirar un tubo e inyectar una droga mortal? ¿Qué diferencia existe ahí entre la omisión y la acción? Es difícil encontrarla. De la misma manera que, intuitivamente, no se ve por qué no pueda disponer de mi muerte si me encuentro en una situación tal que la vida es un

tormento y continuarla equivale a una agonía o torturas con un inevitable y pronto final: la cesación o muerte. Y si se objetara, en términos un tanto sofisticados y meramente formales, que tenemos derecho a la vida y no a la muerte se puede responder así. Derecho a la vida es, antes de nada, una expresión vacía. Da a entender que, anterior a la vida, existiría algún especialísimo derecho para venir a este mundo. Esto es absurdo. De la nada nada sale y solo entre los vivos podemos contar con derechos. El derecho a la vida es un derecho que, ya en vida, es la base del resto de los derechos. Es, en suma, el supuesto de cualquier derecho. Y, respecto al derecho a morir, no se ve quién me lo podría negar, dadas las circunstancias adecuadas. Si está en mi poder comer como me apetezca, guardando o no la dieta que mejor convendría a mi salud, o llevar la praxis sexual más acorde con mis deseos, ¿por qué no poner fin a mi cuerpo cuando este se encuentre tan deteriorado que la vida es una ruina? Convendría no olvidar la cita de Séneca: vida no larga sino buena. La eutanasia activa, en consecuencia y como enseguida trataremos de argumentar con mayor rigor, se inscribiría dentro de los derechos que nos competen a los humanos y que funcionan para proteger alguna de nuestras muchas necesidades. Más aún, si el suicidio no está penado y, afortunadamente, su castigo es un viejo recuerdo de la visión eclesiástica del mundo, por qué castigar a quien pone los medios para que se consume tal suicidio. Lo que acabamos de decir nos lleva a referirnos, siquiera brevemente, al pariente próximo de la eutanasia y que es el suicidio asistido.

El suicidio asistido es legal en varios países. Por ejemplo, en el estado de Oregón en Estados Unidos, a pesar de una serie de trabas jurídicas; en Alemania, en donde prácticamente no se ejerce, atenazados como siguen después de sus traumáticas experiencias nazis, y en Suiza. En este país, la asociación Dignitas, escisión de la muy veterana EXIT y que se remonta a los años treinta, acepta pacientes de cualquier nacionalidad para proporcionarles un suicidio asistido. Los voluntarios que ayudan a morir no son médicos profesionales aunque la prescripción de la droga correspondiente la hacen los médicos. Y, después, como es obvio, se avisa a la policía y al forense. Dicho tipo de suicidio es de dominio público y de una aceptación que casi roza el ochenta por ciento en Suiza. ¿Cuál es la diferencia entre la eutanasia a la que nos referimos y el suicidio asistido? Suelen ofrecerse dos notas para distinguir ambos conceptos. En el suicidio en cuestión la causalidad es una cadena que acaba en aquel que se va a suicidar. Es como si quien ayuda al suicida pusiera en funcionamiento una serie de acontecimientos que llevan a la acción final del paciente. Por otro lado, y al revés que en la eutanasia, no nos encontramos ante un enfermo terminal; es decir, que moriría irremediablemente en unos pocos meses como máximo. Casos como el de Ramón Sampredo son ejemplos claros de suicidio asis-

tido y que en el Código español de 1995 se castiga con una pena que va de dos a cinco años de cárcel. A Ramón Sampederro se le acercó a su boca la droga o fármaco que acabó con su vida. Más complicado es el caso de Jorge León, recientemente fallecido y que se mantenía por medio de ventilación mecánica. No hubiera sido necesaria intervención externa alguna. Hubiera bastado con que se le retirase la respiración artificial y así caería dentro de la categoría de, repito, la mal llamada eutanasia pasiva o también del LET (limitación del esfuerzo terapéutico). Solo algún purista podría objetar que retirar tal aparato que posibilita la respiración es suicidio asistido.

Expuesto lo anterior, es hora de fijarnos en las malas imágenes, por falsas, que suelen ofrecerse sobre la eutanasia. Unas veces por ignorancia y más frecuentemente por mala intención, a la eutanasia se la viste con ropaje que no es el suyo. Por ejemplo, se nos dice que la eutanasia se distingue poco de barbaridades tales como el Plan de Higiene Racial puesto en marcha en los años treinta del siglo pasado por Hitler. En ese plan se condenaba a muerte a los que los nazis consideraban débiles o inferiores, entre los que se incluyeron a judíos y gitanos. La eutanasia, sin embargo, no solo no tiene nada que ver con tonterías atroces como la descrita, sino que es su polo opuesto. Haciéndome eco de palabras de J. Mosterín, es como confundir el sexo con la violación o el regalo con el robo. En la eutanasia se solidariza uno con la voluntad, bien informada y firmemente expuesta, de otro congénere mientras en actitudes como el racismo genocida u otras, que se han dado en la historia, nos encontramos con el crimen o el exterminio puro. No merece la pena, por lo tanto, dedicar mucho tiempo a objeciones tan fuera de lo real. Ocurre, no obstante, que la imagen en cuestión se alimenta de otras que, más sutiles, quieren vaciarla de su auténtico contenido. Y, así, se nos indica que si se la legalizara peligrarían los viejos, los enfermos y todos aquellos que estuvieran de sobra, por la carga que suponen, en la sociedad. La eutanasia sería la otra cara de una eugenesia brutal y sin escrúpulos. De nuevo tenemos que responder que se está confundiendo, con intención o sin ella, a la gente. Detrás de esta manera de desenfocar las cosas se esconde con frecuencia una pseudoargumentación que recibe el nombre de Pendiente Resbaladiza (*slippery slope*). Según tal pseudoargumentación, algo, aunque sea en sí mismo inocuo, si trae malas consecuencias, debe ser prohibido. Se trata de una mala argumentación y sorprende que haya podido seducir a algunos filósofos. Y es que si no es malo no tiene por qué tener malas consecuencias, mientras que si siempre tiene malas consecuencias, entonces es malo y no algo inocente. Además, y desde un punto de vista formal o lógico, está mal planteado. Que sumando muchos unos llegue a mil no implica que uno es mil, o que agrupando muchos granos de trigo logre llenar el granero no

hace que un solo grano llene el granero. Finalmente, en este pseudoargumento lo que está detrás es una concepción extraña sobre la libertad. Es como si, por ejemplo, una vez legalizado el divorcio, habría que prohibirlo porque ha habido muchos divorcios o, en términos más drásticos, dado que la libertad puede conducir y de hecho conduce a realizar malas acciones, suprimamos la libertad. Este tipo de razonamientos, que se cae en cuanto se lo analiza más de cerca, rodea persistentemente la eutanasia. Pero tiene que ver con la eutanasia, lo repito, lo que tiene que ver el sexo, que es grato, con la violación, que es ingrata y repugnante.

Es hora de medir la moralidad de la eutanasia. Para ello confrontaremos lo que entendemos por eutanasia con la moralidad. Ahora bien, morales hay muchas. La cuestión estriba, entonces, en si podemos detectar un núcleo común, por todos compartido, y con el que nos comprometemos si queremos hablar, con sentido, de moral. Dicho núcleo existe y recibe el nombre de ética. Expliquemos brevemente qué queremos decir. Por ética se entiende aquel mínimo consenso aceptado por todos y que, a modo de cobijo o paraguas, es la referencia última de nuestras acciones. Así, por ejemplo, que somos iguales y que a nadie se le puede discriminar por ser pequeño, feo o pelirrojo. O que los derechos se reparten, no según el arbitrio de algún ser superior, sino equitativamente. O que, en fin, nadie es superior a nadie por linaje, genes o cualquier otra circunstancia natural o heredada. La libertad, la dignidad y el no hacer sufrir pertenecen a este rango ético dentro del cual se inscriben después los distintos códigos morales o diversas concepciones de lo bueno. Todavía más, y esto es decisivo para lo que enseguida digamos, así como los poderes públicos han de preservar y promover tales valores éticos, existe, al mismo tiempo, una esfera privada en la que nadie ha de imponerse, ni por la fuerza ni con sutil paternalismo. Cada uno puede dar a su vida la orientación que desee, con tal de no dañar a un tercero. Cada uno puede buscar el sentido de su vida según sus propias referencias. Esto es, repito, decisivo. Y es que, dentro de los deberes que a todos nos atañen, se inscriben los bienes particulares sobre los que son competentes los individuos. Como escribió Camus, el principal problema filosófico es el del suicidio. Quería decir que es a Juan o a Aitor a quienes les atañe seguir viviendo o no, dando sentido a su vida o no. A cada uno le va de su propia vida, insistió el filósofo Heidegger. Este pensamiento filosófico se concreta en una filosofía moral que ha de distinguir los dos niveles aludidos. Pues bien, en el primer y decisivo nivel, y que a todos nos abarca, se insertan la libertad, la dignidad y el no hacer sufrir. Esto nos lleva directamente a la confrontación de la moral

con la eutanasia. Porque si viéramos que la eutanasia no logra superar las exigencias de la moralidad, estaríamos, cómo no, en su contra.

Precisamente las dos columnas en las que se apoya la defensa de la eutanasia son la libertad y el no sufrir. Comencemos por la libertad. La libertad pertenece a los derechos llamados de primera generación. La libertad, en términos biológicos, es la sustitución del automatismo por la autonomía. En vez de regirnos de modo instintivo y natural entramos en el reino de la cultura y, dado el proceso evolutivo que alcanza nuestro cerebro, actuamos desde nuestro poder. Y somos autónomos, es decir, nos damos la ley. Y por eso a los seres libres o autónomos se les imputan los actos que realicen. En otros términos, son responsables, han de responder de lo que hacen. Kant escribió que la libertad es la condición de la moralidad. Sin duda. Otra cosa es que los filósofos, en sus vuelos metafísicos, muchas veces con caída libre, hayan especulado sobre la libertad con irresponsable libertad. «Libertad» significa que soy el dueño de mis actos y que, en consecuencia, deben respetarse mis decisiones. Estamos suponiendo, desde luego, que tales decisiones no son fruto de una determinada patología ni están determinados genéticamente ni son resultado de alguna coacción. Ahí es donde se inscribe mi libertad para poner fin a mi vida, si lo considero conveniente. Nadie me pidió permiso para venir a este mundo y a nadie tengo que pedirselo para salir de él. La libertad, en concreto, se expresa de muchas formas y una de ellas atañe a la libertad sobre mi cuerpo y su salud. Bien lo han visto las distintas legislaciones al respecto. Tanto en la Ley General de Sanidad de 1986, como en la Ley de Autonomía del Paciente de 2002, se advierte que está en manos del enfermo rechazar cualquiera de las terapias que se le presenten. Es él quien toma la decisión, previo asesoramiento del profesional sanitario. De ahí deducen algunos, sin más, el derecho a la eutanasia. Porque si se pueden rechazar todos y cada uno de los hipotéticos remedios se podría, sin restricción alguna, aceptar directamente la muerte. El ya famoso Consentimiento Informado no es sino la expresión de lo que venimos diciendo. Y el documento de voluntades anticipadas (o *instrucciones previas*, como también se denominan), que se deriva de las leyes citadas y que ha sido aprobado por el Parlamento español, hace patente hasta qué punto la voluntad explícita del paciente es lo que ha de tenerse en cuenta. La autonomía, en consecuencia, es la que permitiría, en un momento en el que el cuerpo falla definitivamente y el dolor se ha instalado en él, enlazar con la autonomía de otra persona que, experto en posibilitar un final rápido y eficaz, nos aleje del sufrimiento. En este punto no estará de más insistir en que quien se niegue a legalizar la eutanasia carga con el peso de la prueba. Porque, ¿con qué derecho no se nos permite morir con libertad? Recordemos el caso reciente de la británica Diane Pretty.

Sufría esclerosis lateral amiotrófica y sus dolores eran espantosos. Su marido y el resto de la familia que la amparaba estaban de acuerdo con que se le aplicara la eutanasia. No fue así porque se lo impidieron los tribunales. Suena a sarcasmo. Otro tanto ha sucedido, y los ejemplos podrían multiplicarse, con el niño Humbert en Francia. Era su madre la que quería poner fin, en consonancia con él, a unos días de más que solo sirven para que alguien, convertido en un saco de dolores, se vea expuesto al aguijón de refinadas torturas. Se objetará enseguida que otros reaccionan de manera muy distinta. Piénsese en el cosmólogo Hawking, que ha optado por una vida a la que, con sumo esfuerzo, le saca un extraordinario jugo, actitud bien distinta al del ya fallecido, por suicidio asistido, Ramón Sampredo. Aunque las objeciones las veremos más tarde, permítasenos responder aquí que, efectivamente, son dos modelos. Uno opta por vivir y el otro, por dar fin a su vida en un suicidio asistido. Los que están a favor de la eutanasia, que, por cierto, son los primeros en esforzarse para que la sanidad avance y se atienda a todos los enfermos con el mayor mimo posible, lo único que dirán es que se trata de dos decisiones diferentes. Y que se permita a los individuos que opten por el modelo que les parezca más adecuado. Nada más. Y nada menos. Eso es reivindicar el morir libremente. Y una cuestión de suma importancia, una interesada tradición separa, tajantemente, entre vivir y morir. Y no es así. El morir es una parte de la vida. Es el último capítulo de la novela del vivir y parece raro que no le permitan a uno escribirlo y rubricarlo.

Suele añadirse a la libertad, como uno de los fundamentos de la eutanasia, la dignidad que acompañaría a las personas libres. Pero ¿qué es la dignidad? Pocas palabras suelen usarse peor que dignidad. Y es que, tal vez al considerarla un concepto que sustituye al del honor, se la sustantiva al máximo. De esta manera la dignidad aparece o bien como un aura o bien como una entidad suprafísica que se adhiere a los humanos otorgándonos una especialísima luz, un especialísimo valor. Dignidad, por el contrario, funciona como un participio, «ser digno de». Tener dignidad es ser digno de algo. Concretamente ser digno de respeto y, en cuanto tal, ser sujeto de derechos. Esta es la correcta visión de dignidad. Y aplicada a la eutanasia, significa que mi dignidad hace que los demás deban respetar el derecho a mi propia muerte. Todavía más. Acostumbra a relacionarse la dignidad con otras dos notas. Una es la singularidad de todo individuo. Este, y me hago eco de las palabras de Kant, no es intercambiable por nadie; o, para ser más exactos, no es un objeto al que se le pone precio. Su singularidad le confiere ser él mismo y no otro. La consecuencia que se sigue es que no se le puede forzar a que, por muchas que sean las razones que se aporten o los consejos que se le den, cambie su punto de vista

respecto a su vida si él no está convencido de ello. Y la otra nota, que se recoge en no pocas constituciones (en la española, en concreto en el artículo 10), consiste en el respeto por la integridad física y la propia imagen. Podría parecer una cuestión menor pero no es así. La imagen que uno tiene de sí mismo y la que proyecta hacia los demás es esencial en la autocomprensión de un individuo. Y si este se ve deteriorado, dependiente hasta lo indecible de los demás y con una menguadísima autoestima, no se le debe ahorrar la posibilidad de acabar con dicho estado de cosas. También el derecho a preservar la propia imagen se contempla en las constituciones democráticas, lo que indica que no se trata de una cuestión meramente estética o circunstancial sino, más bien, esencial en la vida, y muerte, de las personas.

Y esto nos lleva al sufrimiento. Es este un punto central en lo que se refiere a la eutanasia. Uno de los fines de la medicina, si no el fin principal, consiste en evitar el sufrimiento. Y uno de los fines de la ética, si no el principal, consiste también en evitar el sufrimiento. No hace falta ser un miembro de la atractiva religión que es el jainismo, y en la que el centro de la doctrina estriba en no hacer sufrir, para estar de acuerdo con lo que acabo de exponer. En este sentido no es de recibo tolerar el sufrimiento inútil. Más aún, quien coquetea con el sufrimiento, no usa todos los instrumentos a disposición para anularlo, lo perpetúa o posibilita que de alguna forma alguien esté sometido a un dolor que podría eliminarse, muestra una insensibilidad cercana a la perversión. El sufrimiento inútil es necesario quitarlo de en medio. Y si se objeta que el sufrimiento, como observaban, por ejemplo, Feuerbach o B. Brecht, nos humaniza, habría que contestar que lo que quieren dar a entender es que, si nos topamos con el sufrimiento, lo mejor es intentar sacarle provecho. En modo alguno se infiere de sus palabras que hay que fomentarlo o que no debemos evitarlo. Es verdad que el dolor es un semáforo que ha puesto la evolución para que no perezcamos. Si, por ejemplo, no me doliera la mano cuando la aproximo al fuego, me quemaría. Pero no hablamos de ese dolor regulador de la supervivencia. Hablamos del dolor de la enfermedad, de la vejez, de lo que castiga nuestros cuerpos por causa de algún accidente genético o externo, y que minimiza nuestra existencia. En estos casos, toda lucha contra el dolor es poca. Y ahí se instala la eutanasia. Porque lo que importa no es la vida sino la calidad de la vida. Todavía puede aparecer una defensa, un tanto matizada y sutil, del sufrimiento. Proviene de aquellos creyentes que, considerándonos un don de Dios, piensan que el sufrimiento es meritorio y que seremos compensados en una vida futura, plena de gozo inmortal. A estos habría que responderles que se lo apliquen a ellos pero que no lo impongan a los demás. Les respetaremos como han de respetarse las creencias u opciones últimas de quien sea. Pero ahí se acaba la cuestión.

En general, los mayores objetores a la eutanasia son los creyentes que, con una militancia sin descanso, no hacen sino poner trabas a su legalización. Habría que recordarles que Tomás Moro, al que se venera como santo, la defendió, sin ambigüedades; o que existen sacerdotes católicos, como el francés Larose, que están de su lado y no cesan de proclamar que es un derecho de la gente y hasta un deber solidario.

Hemos ido respondiendo, siquiera indirectamente, a las objeciones que se le pueden hacer a la eutanasia. En este apartado vamos a dar un paso más deteniéndonos, entre otras, en aquellas que pensamos que son las más habituales y que se presentan en la actualidad como punta de lanza contra la eutanasia y, en consecuencia, como legitimadoras, por parte de los poderes públicos, de su prohibición legal. Tales objeciones se mueven entre una dimensión teórica y otra práctica. Dentro de la primera sobresale aquella que se anuncia de esta manera: no se puede hacer todo con uno mismo. Por ejemplo, uno no puede dimitir de su libertad y convertirse en esclavo. En nuestro caso, uno no puede entregar a otro, bajo circunstancia alguna, su vida para que se la quite. La objeción tiene cierto aire kantiano. También Kant se oponía al suicidio puesto que este iría contra los deberes para con nosotros mismos. ¿Qué decir a esto? Antes de nada, que afirmar que no se puede hacer todo lo que uno quiera es bastante trivial. Pocos lo negarían. Es obvio que no hay derecho ilimitado y la libertad, en concreto, tiene que respetar la libertad de los demás. Por muy libre que sea no está en la esencia de mi libertad humillar, torturar o destruir la naturaleza. Pásemos, por tanto, al significado no trivial de la objeción. Para algún ultralibertario no está nada claro que uno no pueda renunciar a su libertad y convertirse en esclavo. Es esta una cuestión hartamente debatida dentro de la filosofía política que aquí me limito, solamente, a señalar. Pero, dejando de lado este tipo de problemas y en lo que a nosotros nos importa, lo que conviene subrayar con fuerza es que no se da paridad alguna entre la dejación de la libertad para permitir ser instrumentalizado por otros y la eutanasia. Es tanto como confundir la supresión de un bien, que es la libertad, con la supresión voluntaria de un mal, como es el sufrimiento. Son completamente opuestas las posturas que se intenta hacer idénticas; cuando, en realidad, nada tienen en común.

Fijémonos ahora en el paliativismo, que es una objeción práctica. Según esta postura los cuidados paliativos y las unidades de dolor han desarrollado métodos y fármacos tales que el sufrimiento, prácticamente, se reduce a nada. ¿Qué respondemos a esto? Que por mucho que se haya avanzado en este terreno, cosa por la que hay que felicitar, no es verdad que desaparezca el dolor.

Casi el treinta por ciento de los pacientes de cáncer muere con fuertes dolores. Y, desde el punto de vista psicológico, el sufrimiento es tan imposible de erradicar como lo es la conciencia humana. Pero es que, incluso si nos encontráramos en una situación en la que un ideal paliativismo nos liberara de todos los males físicos e incluso psíquicos, permanece intacta la voluntad del paciente. Este, reducido al mínimo en lo que se refiere a su calidad de vida, deteriorada su imagen y maltrecho delante de los suyos y de los ajenos, puede escoger dejar este mundo, aliviando así las penas de él mismo y las de los demás. La segunda objeción práctica se expresa de la siguiente forma. Solo el Estado posee el monopolio de la violencia, luego no se puede tolerar que un ciudadano en particular la ejerza. Habría que responder que, al margen del cuestionable significado de las weberianas palabras «monopolio de la violencia», en una eutanasia regulada nadie se toma la justicia por su mano. Sería tanto como acusar al soldado, en una guerra justa, de hacer la guerra por su cuenta. Con la diferencia de que guerras justas hay muy pocas y es un concepto negativo o de legítima defensa, mientras que en la eutanasia conjuntamente se da fin a un dolor.

Una añadida objeción a la eutanasia consiste en sostener que allí donde se ha puesto en práctica se han dado grandes abusos, se ha perdido la confianza del médico y los ancianos, si pueden, emigran para no verse sometidos a una forzada eutanasia. No parece cierto. Veámoslo. La primera legalización de la eutanasia tuvo lugar en el norte de Australia y se le aplicó en 1996 a Bob Dent, enfermo de un cáncer de próstata infructuosamente tratado. La ley fue derogada en 1997. En los últimos tiempos, en 2002 en concreto, es legal ya en Holanda y Bélgica. Es contra Holanda contra la que han llovido todas las críticas de los opuestos a la eutanasia, endosándole a este país las acusaciones anteriormente mentadas. No es cuestión de exponer con detalle lo que exige la ley holandesa, que es sumamente dura con aquellos que se salten la rigurosa normativa que impone. Por otro lado y desde hace años, se ha debatido ampliamente en la sociedad y en el Parlamento holandeses el tema en cuestión, se han elaborado informes, algunos modélicos, como el de Remlick, y se ha votado con amplia mayoría a favor. Añadamos solamente que, aparte de otra serie de requisitos, la voluntad del paciente ha de estar debidamente comprobada por dos médicos independientes y que el médico forense, cuando se dan los requisitos, lo comunica a una Comisión Federal y, en caso de que no se den tales requisitos, lo enviará al fiscal para que se aplique el Código Penal. La Comisión, integrada al menos por tres personas, ha de emitir en el plazo de seis semanas un dictamen que irá también al fiscal, si se incumplen las condiciones exigidas. Aun así, es posible que se cuele algún abuso. Pero eso sucede con la ley más perfecta porque siempre se chocará con la imperfecta voluntad huma-

na. Lo que importa, eso sí, es que la regulación sea rigurosa y su seguimiento escrupuloso. Y eso parece que se está haciendo.

Concluyo ya. Se habrá observado, a buen seguro, un tono claramente favorable a la despenalización de la eutanasia. Sin duda. Pero en absoluto desearía rozar siquiera una actitud dogmática o inamovible en este punto. Si me he decantado con nitidez es porque pienso que uno debe ser sincero y, al mismo tiempo, es más pedagógico tomar una postura clara. Aun así, reconozco que las cuestiones que tocan la vida y la muerte son delicadas, que hay que ser sumamente respetuoso con las distintas ideologías y con los argumentos que las sustentan. Observaba el filósofo Nozick que hemos dado a la noción de argumento un significado excesivamente cerrado. Los argumentos, por el contrario, deberían servir para darle al contrincante la oportunidad de echar por tierra nuestras razones y cambiar de opinión si vemos que lo que afirmamos se asienta en un terreno resbaladizo. Y resbaladizo es el terreno que estamos pisando. Justicia es reconocerlo. Acabo de verdad. A mí siempre me han atraído las palabras del prestigioso genetista celular Hayflick (a él se debe el concepto de «límite de Hayflick» y que establece un número determinado de divisiones celulares para cada especie) y según las cuales le apetecería vivir con buena salud hasta los cien años y luego desaparecer. Como no desaparecemos de modo fantasmal sino que nuestro cuerpo es acosado por la enfermedad o la vejez, me quedo con estas otras de Nuland: «La única certeza que deseo tener respecto a mi muerte es que no voy a sufrir».

Adenda

Bélgica y el dolor²

Bélgica es un pequeño y próspero país situado en el centro de Europa. La relación entre los flamencos del norte y los valones del sur, tensa hasta amenazar con romper el Estado, es para algunos objeto de preocupación y para otros ejemplo de que es posible convivir en la diferencia. Lo que no distingue a los que hablan flamenco de los que hablan francés es su pertenencia a una común cultura católica. Bélgica ha sido, además, una referencia para no pocos católicos del continente europeo. Lovaina fue el lugar de la renovación de la filosofía escolástica, la pastoral encontraba allí un impulso que después se extendía incluso por Latinoamérica, los jóvenes y aguerridos obreros católicos se inspiraban en ese diminuto país y los ecos democristianos iban mucho más allá de su reducido espacio. Casi al mismo tiempo, mientras que los aficionados al ciclismo admiraban a Eddy Merckx, la elegante figura del cardenal Suenens se proyectaba sobre todo el mundo católico más o menos progresista.

Bélgica ha aprobado la eutanasia infantil.³ La mayor parte de los partidos políticos han votado a su favor. Los democristianos, fieles a la doctrina vaticana, se han opuesto. Bélgica y Holanda dieron su visto bueno hace ya más de una década a la eutanasia voluntaria, activa y directa. Con alguna diferencia, especialmente la referida al suicidio asistido, ambos países se han alzado, en Europa, como los defensores de una muerte en la que no introduzca su rostro terrible un sufrimiento inútil. La eutanasia, recordémoslo, y salvo casos como T. Szasz con su idea de libertad fatal, es una práctica que exige estricta regulación y control. De ahí que muchas de las asociaciones pro eutanasia lo que pidan, antes de nada, es su regulación. Y se distingue de la bárbara necedad nazi, lo que escribe con imaginación un colega, como la violación del amor libre. La mayoría de la población está de acuerdo con la medida y en el ambiente que rodea a esta comunidad ha flotado desde hace décadas una defensa decidida a favor de que no se permita ganar terreno al dolor. El en su tiempo dominico J. Pohier no dio tregua, siendo sacerdote, a los que prohibían, más con aspavientos que con argumentos, la eutanasia.

² Publicado originalmente en la *Revista de Bioética y Derecho*, núm. 31, mayo de 2014.

³ *Loi modifiant la loi du 28 mai 2002 relative à l'euthanasie, en vue d'étendre l'euthanasie aux mineurs*. En vigor desde marzo de 2014. Puede consultarse en: http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=fr&la=F&cn=2014022803&table_name=loi.

Las condiciones que se han impuesto para que incluso los menores puedan hacer uso de dicha eutanasia son claras. El sufrimiento insoportable, la muerte a corto plazo y la falta de alternativas se cuentan entre ellas. Se añade, además, que deba solicitarse por escrito y que la autoricen los padres o los representantes legales de quien haga la petición. La diferencia con Holanda, y que hace de Bélgica el primer lugar en donde se posibilita enfrentarse libremente a la muerte sin tener en consideración la edad, es que el paciente, independientemente de la edad, tenga capacidad de discernimiento. Es ahí donde se aferran con uñas y dientes los que ponen la vida y la muerte en manos de alguna entidad suprahumana. Habría que contestar que es un profesional el que ha de certificar la capacidad en cuestión previa consulta a un psiquiatra. Por otro lado, los años no son una condición suficiente para juzgar con propiedad. Existen adultos que piensan como bebés y muchachos que, maduros, pueden considerar con sensatez qué es aquello que les conviene.

Lo que subyace en todo el asunto es la idea de libertad humana y el concepto que se tenga del sufrimiento. Respecto a lo primero habría que recordar que, llegue hasta donde llegue nuestra libertad y que, desde luego, no es de dioses, ha de funcionar, antes de nada, como real autonomía. Y eso quiere decir que somos los que gestionamos nuestro cuerpo. Nadie nos pidió permiso para llegar a este planeta, pero una vez en él, tenemos todo el derecho a orientarlo en el modo de vida que nos parezca conveniente y en el modo de muerte que deseemos evitar. En este punto pocos rechazarían la frase de Nuland según la cual lo único que le importaba saber respecto a su cesación o muerte es que no iba a sufrir. Pero más decisivo, si cabe, es lo que atañe al dolor o sufrimiento. El dolor, el más péfido de los males que diría Milton, es tan irreductiblemente personal que, como escribía Chantal Maillard, es ingenuo medirlo. Sí podemos, sin embargo, detectar los signos del dolor. Actualmente conocemos bien su fisiología. Y conocemos, cosa decisiva, cómo se retuerce y padece quien ha sido mordido por ese huésped terrible que es el dolor. Muchos de tales dolores son completamente inútiles y está en nuestra mano deshacerlos de ellos. La medicina, en general, y las unidades de dolor y los paliativos son, en este sentido, una ayuda inestimable. El sufrimiento, sin embargo, raramente agacha la cabeza. Y ahí podemos hacer una división que es fundamental a la hora de comprender nuestra condición radicalmente humana. Unos lo miran, si no con ojos benévolos, sí como algo que o bien no les suscita demasiada desazón o bien lo consideran un mérito por una vida futura. Otros opinamos de modo fundamentalmente distinto. Y esto nos diferencia al máximo. Porque pensamos que a ese «error de la naturaleza», en palabras de un biólogo conocido, hay que despojarlo, en lo posible, de todo su poder. La lucha contra

el dolor humano o sufrimiento se convierte, por tanto, en una de las luchas más nobles que podemos emprender.

En esa lucha se ha colocado en primera fila Bélgica. Sin lanzas ni escudos pero con conciencia de que lo que se juega es de una importancia capital que a todos nos importa. Bélgica es un país que, en kilómetros, queda relativamente cerca de nosotros. En la guerra al sufrimiento estamos, por el contrario, muy lejos. Y si ese sufrimiento es de los niños, la compasión activa y la lejanía aumentan. Ojalá vayamos aprendiendo y nos vayamos acercando.

La muerte contemporánea: entre la salida y la voz¹

Víctor Méndez Baiges

Llama la atención lo muy lentamente que se mueven las cosas en lo que se refiere a la eutanasia. En el programa electoral de 2004, el Partido Socialista Obrero Español prometió una regulación de la materia que nunca acabó de llegar, a pesar de que ese mismo año ganó las elecciones generales. En el programa para las elecciones de 2008, el asunto brilló por su ausencia. En 2015, la cuestión parece que retorna a ocupar el interés de ese partido y a figurar en sus propuestas electorales. Desde luego, ya sabemos que eso no es garantía de que se acabe legislando sobre la cuestión.

Los vaivenes y la lentitud a la hora de legislar sobre esta materia no son cosa particular de España ni tampoco de un partido político. Están bastante generalizados, aunque no dejen nunca de sorprender a los que están convencidos de que de lo que se trata aquí es de una cuestión muy sencilla en lo fundamental. Si la vida es de cada uno, debe dejarse a cada uno escoger la forma de ponerle fin. Ahora bien, ¿es en realidad la de la eutanasia una cuestión así de sencilla? ¿Se trata simplemente de facilitar la salida de la vida a las personas que desean morir?

Lo que no es posible en cualquier caso es negar la condición problemática de la experiencia contemporánea de la muerte. Pues para nadie es un secreto que esta se encuentra asociada desde hace ya mucho tiempo a una serie de discusiones, quejas, insatisfacciones, escándalos, querellas, historias y casos famosos que, siempre más o menos agrupados bajo el rótulo que dice eutanasia, llaman periódicamente la atención de la opinión pública y dividen amargamente a la sociedad.

Todo el ruido que eso genera ha de servir para avisarnos de que algo no acaba de funcionar en la actual organización del proceso de morir de las personas. Lo que voy a sostener aquí es que lo que está pasando puede ser explicado

¹ Este escrito reelabora un argumento ya empleado en el texto «Salida, voz y eutanasia», incluido en el libro de Benjamín RIVAYA, Ricardo GARCÍA MANRIQUE y Víctor MÉNDEZ BAIGES *Eutanasia y cine*, Valencia: Tirant lo Blanch, 2008. Víctor Méndez Baiges es además autor del libro *Sobre morir. Eutanasias, derechos, razones*, Madrid: Trotta, 2002.

como una explosión conjunta de la salida y de la voz en una institución —el modo contemporáneo de morir— que pretendió hacerse inmune a ambos mecanismos y que, por esa misma razón, se volvió altamente ineficaz a la hora de detectar y solucionar sus errores. La comprensión entonces de la forma en que se llegó a la actual situación puede ayudarnos a comprender hacia dónde se debe caminar si lo que de verdad se quiere es encontrar una solución a los problemas que la aquejan.

1

A fin de acabar de comprender las afirmaciones anteriores, quizá sea pertinente recordar las categorías de salida y voz tal como fueron propuestas por el economista Albert O. Hirschman en un libro famoso, titulado precisamente *Salida, voz y lealtad*. Respuestas al deterioro de empresas, organizaciones y Estados. En ese libro, aparecido en 1970, su autor sostenía que todos los mecanismos con los que cuentan los miembros de una organización a la hora de hacer patente su disconformidad ante un deterioro pueden encuadrarse en dos únicos tipos. Pues los individuos pueden romper voluntariamente su relación con la institución ejerciendo la salida, esto es, pueden tomar la decisión de marcharse, o bien cabe que activen su voz haciendo llegar a la organización sus quejas, desacuerdos o propuestas de cambio. Cualquiera de los dos caminos, salida o voz, alertará de los fallos a la institución y permitirá empezar a tomar medidas para corregirlos.

O bien en la salida o bien en la voz se inscriben pues, según Hirschman, todas las conductas posibles que se emprendan con el objetivo de dar aviso de que una relación nos disgusta. Así, los ciudadanos de un país pueden emigrar ante la opresión o bien hacer oír al gobierno sus quejas. Los clientes insatisfechos pueden dejar de comprar un producto o bien protestar a través de las organizaciones de consumidores. Los trabajadores descontentos pueden a su vez buscarse otro trabajo o renegociar las condiciones del suyo a través de los sindicatos, al igual que el cónyuge insatisfecho puede elegir entre abandonar a su pareja o bien discutir con ella aquello que no le gusta de la relación. Todas esas acciones constituyen ejercicios alternativos de la salida o de la voz que resultan útiles para la detección de los problemas.

Hirschman advirtió en su libro que los mecanismos propios de la salida, asociados típicamente con el mundo económico, suelen ser más fáciles de realizar que los de la voz. Suponen por lo general un coste menor para el que los lleva a cabo, quien puede además ejercerlos de manera individual y sin necesi-

dad de concertarse con nadie. Notó también que el efecto de los mecanismos de salida puede ser muy rápido a la hora de dar la alerta sobre los problemas. La bajada súbita de las ventas de un producto, por ejemplo, alerta casi inmediatamente de que algo no funciona a la empresa que lo fabrica. Advirtió, no obstante, que los actos de salida son bastante toscos a la hora de transmitir información sobre lo que no funciona a la institución, y que ese es su principal defecto. Los ejercicios de la voz, por el contrario, más asociados al mundo de la política y al del derecho, suelen ser más costosos personalmente de ejercer, al exigir más esfuerzo personal y coordinación de acciones, y pueden ser asimismo más lentos en actuar, pero tienen la innegable virtud de proporcionar una información más precisa acerca de la verdadera naturaleza de lo que no funciona.

La necesidad de toda organización de detectar sus fallos explica que prácticamente todas las instituciones cuenten con mecanismos de uno o de los dos tipos a fin de poder solucionar lo que no funciona en ellas. Normalmente, y para una institución dada, uno de ellos es el predominante. Pues como Hirschman señaló en *Salida, voz y lealtad*, lo habitual es que el ejercicio de cada uno socave al otro, esto es, que a mayor salida menor voz en una institución, y viceversa. Este es, según él, un principio empíricamente comprobable que ejemplifica con el menor número de discusiones y de voces esperable en las relaciones matrimoniales en el caso en el que se haya incluido en ellas la posibilidad de divorcio.

Pero que uno de los mecanismos predomine en una institución determinada no implica ni que la salida sea siempre mejor que la voz ni lo contrario. Depende de los casos. No existe nada parecido a una combinación ideal entre la salida y la voz válida para cualquier institución, ya que el éxito de su mezcla concreta está muy relacionado con el tipo de organización de la que se trate, de su naturaleza y de los fines que persiga. No debe pensarse por eso, como acostumbran a hacer los fanáticos del libre mercado, que la máxima salida es siempre la solución óptima para organizar cualquier relación. Lo mismo puede decirse de la voz. Lo que sí es seguro en cualquier caso, advierte Hirschman, es que la ausencia total de mecanismos de salida y/o de voz en una institución tiene como consecuencia la imposibilidad de detectar los fallos, algo que conlleva inevitablemente dosis muy altas y difícilmente tolerables de ineficacia.

2

Pues bien, durante el siglo pasado, y como resultado de cambios sociales profundos, apareció una nueva forma de organizar las relaciones que tienen lugar

en torno al proceso de morir de las personas. Esa nueva institución, a la que podemos llamar modo tecnológico de morir a fin de diferenciarla de la manera tradicional de organizar la muerte, tuvo, desde el principio, muy mal diseñados los mecanismos de salida y de voz que podrían haberle ayudado a detectar sus errores. Esa circunstancia es el verdadero origen de los problemas persistentes que le han estado asociados, así como del ruido y el descontento que han acompañado a dicho modo en todo momento y desde su aparición.

El proceso de morir humano es un proceso biológico, obviamente, pero también es un proceso social que implica relaciones entre las personas. De ahí que, desde siempre, haya estado dotado de una institucionalización específica. Y es que el encuentro del hombre con la muerte involucra necesariamente a varios individuos, al que se va, claro, pero también a los que se quedan, los cuales pueden tener que ayudar al primero y que han de dotar de sentido a esa marcha. Por eso las ceremonias premortuorias y las posteriores a la muerte han sido regladas en todas las sociedades, conformando una manera de organizar el proceso especialmente estable y bastante generalizada que se puede denominar modo tradicional de morir.

El modo tecnológico de morir, esencialmente distinto de ese modo tradicional, apareció el siglo pasado como resultado de un encuentro directo entre la muerte y la medicina que no tuvo lugar, en realidad, hasta ya bien entrado el siglo xx. Con él un nuevo escenario, unos personajes renovados y un sentido distinto quedaron asociados al proceso de morir de los individuos, alterándolo profundamente.

El escenario de la muerte dejó de ser el doméstico, como era habitual hasta entonces, y los que mueren pasaron a hacerlo mayoritariamente en las instituciones hospitalarias, donde quedaron sometidos a la lógica burocrática que gobierna esas organizaciones, lógica a la que hasta entonces habían permanecido, en lo esencial, ajenos. En su nueva condición de pacientes instalados junto a la técnica médica, los moribundos tuvieron que acostumbrarse a pasar el tramo final de su vida literalmente abrazados a esta última, intubados y conectados a diversos aparatos, totalmente dependientes de su funcionamiento. En esa situación, los rituales tradicionales asociados a la propia casa y la propia cama, a las visitas de los allegados, al testamento o a la resignación se vieron profundamente alterados.

El cambio de escenario significó además un cambio en los personajes. Ni el que se muere ni sus familiares pasaron a desempeñar en la muerte hospitalaria el mismo papel que antes. En el nuevo modo de morir, el moribundo adquiere, casi inevitablemente, la condición de un enfermo que, al igual que los demás que están con él en el hospital, acaso pueda curarse. Se le procuran, en

consecuencia, falsas esperanzas de manera rutinaria, a la vez que se le impone una contención apropiada a la presencia asidua de desconocidos junto a él. La pérdida de conciencia sobre su propia situación que esto supone le lleva a una rebaja en el protagonismo en su propia muerte que, bajo la forma de una subordinación a los requisitos de la relación terapéutica, no puede sino aumentar sensiblemente su sufrimiento.

Al igual que el moribundo, sus allegados no están ahora en su terreno, y eso cambia completamente su aportación al proceso. Visitas cortas en espacios no específicamente preparados para ello, largas esperas en los pasillos, informaciones técnicas apresuradas y difíciles de comprender..., todo acaba por desestructurarlos y por impedirles el ejercicio de sus roles tradicionales, sumiéndoles muchas veces en el caos y la confusión.

Un nuevo personaje domina ahora el nuevo escenario. El personal del hospital, en el nuevo modo de morir, es el que está en su casa, y el que parece por ello destinado a imponer su lógica a todo el proceso. Pero ese personal pertenece a una institución que no se preparó de ningún modo para ser la casa de la muerte, pues el objetivo del arte que le viene desde antiguo atribuido es, precisamente, el de luchar contra ella. Ajeno a la vida pasada de los moribundos, el personal sanitario ha de intentar contener sus propios sentimientos y rebajar el aspecto dramático del acontecimiento mientras trata con los demás participantes en el proceso y busca someter su conducta a protocolos reglados. Ligado a ideales terapéuticos, su tendencia inevitable es a rebajar las emociones del moribundo, mintiéndole sistemáticamente sobre su estado, sedándole acaso, mientras «hace algo» por él, aplicándole cualquier tipo de tratamiento médico que parezca resultar indicado. Y es que, en último término, es su manejo de la técnica, su capacidad de «hacer algo», lo que justifica su presencia junto a él.

En estas circunstancias y entre tales personajes sobrevienen grandes cambios en el sentido del acontecimiento de la muerte. En el modo tradicional de morir los protagonistas, eminentemente domésticos, debían hacer un lugar junto a ella a las ideas de destino, de resignación, de sometimiento a un orden natural impuesto y no modificable. A ello tendía precisamente aquella sucesión ritual de las estaciones de la muerte, el desahucio médico con el que se iniciaba el proceso, el acompañamiento familiar del moribundo, el velatorio del muerto, el entierro, el luto... Pero unas ideas muy diferentes pasaron a gobernar la muerte hospitalaria.

En efecto, en el hospital el sentido de la muerte no puede desligarse de las ideas de progreso y de subordinación de los medios a los fines que gobiernan el saber técnico y que otorgan su sentido a la institución. No es la modestia, ni mucho menos la aceptación del curso natural de los acontecimientos, lo que guía

a la medicina y lo que le ha inspirado sus grandes avances. No ha sido la actitud fatalista de resignación, sino todo lo contrario, el gusto por el desafío, la voluntad de imperio sobre la naturaleza, lo que le ha proporcionado a esa disciplina su poder y su eficacia y lo que, en último término, ha acabado situando junto a ella a los que tienen que morir. De ahí que, por efecto precisamente de esas ideas que la gobiernan, para la institución sanitaria el moribundo sea más el testimonio de un fracaso terapéutico que el portador de un importante mensaje sobre la limitación de los afanes humanos. La medicina es acción y no resignación, y, por eso, frente a las conductas rituales de aceptación y de pasividad que gobernaban el modo tradicional de morir, la necesidad de una toma continua de decisiones técnicas pasa a apoderarse ahora de todo el acontecimiento de la muerte.

3

En el nuevo modo de morir, y como consecuencia de que el proceso de morir se haya vuelto en gran medida un proceso técnico, un gran número de cuestiones en torno al proceso que lleva de la vida a la muerte se despliega ante los diferentes participantes, exigiendo de ellos una respuesta. Los lazos sociales que los vinculan se ven por esta razón especialmente estrechados, lo que da paso a una difícil convivencia entre los que hasta hace poco eran extraños. Pues si la nueva obligación de tomar decisiones parece unir a todos los presentes, la falta de pautas angustia a todos por igual y hace que se vean unos a otros como enjaulados de forma violenta en una situación que requiere que actúen pero que no proporciona modelos claros que seguir. ¿Resulta conveniente reanimar al enfermo, sedarle, proporcionarle más antibióticos? ¿Ha de colocársele, o acaso retirársele, el respirador artificial? ¿Qué dosis de fármacos resulta adecuada en estas condiciones? ¿Dónde se encuentra el límite del esfuerzo médico? ¿Hasta dónde llega el deber profesional de sanar y dónde empieza el encarnizamiento terapéutico? La desconexión del individuo del aparato se convierte así en el paradigma de la decisión central y el elemento simbólico principal en torno al cual se articula un proceso que tiende a alargarse sin tender hacia ningún fin y que produce como resultado angustia a los que participan en él.

Pierde de esta manera su sentido la antigua distinción entre muerte natural y muerte violenta. Toda muerte en el hospital es, en alguna medida, violenta, fruto inevitable de acciones humanas. La toma de cada una de las decisiones que la rodea involucra problemas ligados a nuevos avances técnicos que se entrelazan a menudo unos con otros y para las cuales, muchas veces, ni hay patrón establecido ni tampoco experiencia anterior. Recién nacidos prematuros

y con muy mal pronóstico, personas en coma después de la reanimación cardíaca, muertos cerebrales a los que acaso convenga mantener las funciones vitales para un futuro trasplante o porque, extraña paradoja, están gestando una vida en su interior; jefes de Estado autoritarios acerca de los cuales nadie se ve capaz de tomar una decisión..., personas encalladas entre la vida y la muerte que aguardan a que se les asigne un destino en nuestros hospitales.

La necesidad de decidir que impuso la técnica generó de esta manera un malestar específico en los moribundos y una desazón entre quienes les rodeaban que fue tempranamente detectada por algunos autores. ¿Quién debía tomar en definitiva esas decisiones necesarias, cruciales? ¿El propio moribundo, que acaso no sabe que es un moribundo? ¿Los médicos, que apenas le conocen? ¿La familia, desorientada y quizá dividida? ¿Los jueces, con todos los problemas que ello conlleva? ¿Dios, en cuyas solas manos sabemos que ya no se encuentran los moribundos? ¿La sociedad, desorientada ante el nuevo aspecto que toma la muerte? ¿La legislación, que no puede sino repartir esas decisiones entre unos y otros?

El escollo principal a la hora de dar una respuesta a estas preguntas dramáticas estribó en la naturaleza de los mecanismos de detección de errores de los que se había dotado la nueva institución. Pues el modo tecnológico de morir, cabe llamar la atención sobre esto, no contenía en el momento de su aparición prácticamente ningún mecanismo de salida ni de voz. Puesto que no se constituyó por un diseño predeterminado, sino como resultado de la aparición de una serie de avances técnicos cuya fuerza ciega acabó reuniendo a una serie de personas junto a la muerte, nadie había pensado en ello con antelación. La salida voluntaria de la vida equivalía a un suicidio y era tabú en las instituciones médicas, para las cuales facilitarla de cualquier modo aparece como contrario a los fines que tiene señalados. Desde el punto de vista de la medicina, la decisión de morir parece tener los efectos de la peor enfermedad, y quien la formula es un enfermo más que, en cuanto tal, necesita con urgencia ser tratado. Por eso, y aunque con muchas dificultades se fuera organizando de alguna manera la expulsión obligatoria de la vida en ciertos casos extremos, vía la declaración de muerte cerebral o la limitación del esfuerzo terapéutico, y aunque también se fuera aceptando la posibilidad del rechazo a los tratamientos, vía la implantación del derecho al consentimiento informado de los pacientes, difícilmente podía abrirse paso franco en los hospitales un mecanismo de salida ligado a la idea de que les cabe a algunas personas señalar por sí mismas que les ha llegado la hora de su final.

Por otra parte, tampoco se había dotado al modo tecnológico de morir de ningún mecanismo al servicio de la expresión de la voz de los que en él partici-

pan. La difusión social de un nuevo tabú de la muerte que a lo largo del siglo xx se fue sigilosamente construyendo en las sociedades occidentales no ayudó ciertamente a que se construyera ningún mecanismo parecido. Es verdad que las consideraciones de la naciente bioética y la insistencia creciente en el respeto a la autonomía del paciente y a sus derechos daban la impresión de constituir un intento claro de caminar en la dirección de estimular la voz en estas cuestiones. Pero la situación excepcional que se produce cuando la vida está en juego, el imperativo tecnológico que anima siempre a actuar, la actitud terapéutica que sugiere la transmisión de falsas esperanzas a los pacientes, todo ello unido a la falta de confianza entre los distintos interlocutores, a la novedad y dificultad de los problemas planteados, a la falta de tiempo y de instalaciones adecuadas, incluso a la propia situación sufriente del que muere, al que la ventilación mecánica puede impedirle por completo el habla..., todo hizo muy difícil en el escenario hospitalario la posibilidad de expresión exitosa de las quejas.

4

En un escrito de los años noventa en el que reformulaba su teoría sobre la salida y la voz, Albert O. Hirschman observó, tras un análisis de los acontecimientos que llevaron a la caída del Muro de Berlín, que la represión totalitaria de todo tipo de mecanismo de detección de errores practicada durante décadas por el régimen comunista alemán, fue lo que acabó conduciendo a la explosión conjunta de la salida y de la voz que puso fin tan bruscamente al régimen. A despecho de la relación de equilibrio entre la salida y la voz que había formulado anteriormente y a la que ya nos hemos referido, la cual sugiere que el ejercicio de cada una socava al de la otra y que a mayor salida menor voz en una institución y viceversa, Hirschman hizo notar esta vez que, en una situación de represión excepcional de ambas como la que tuvo lugar en la República Democrática Alemana durante décadas, los dos mecanismos resultan capaces de estimularse entre sí para causar una explosión de consecuencias devastadoras para la institución. Por eso, señalaba en su escrito, durante el año de la caída del Muro las numerosas manifestaciones de protesta y las huidas masivas al Oeste, tanto la salida como la voz, se sucedieron unas a las otras con una cadencia inmisericorde y en un ejercicio de retroalimentación que acabó poniendo un final abrupto no solo al régimen alemán, sino a todo el bloque comunista.

Pues bien, en una situación muy parecida nos encontramos desde hace décadas en lo que se refiere al modo tecnológico de morir. En él, a cada incre-

mento de la salida está respondiendo uno de la voz, y viceversa. Ese juego entre los dos mecanismos es de hecho lo que viene provocando el ruido característico que genera la muerte contemporánea. Lo que revela ese ruido, por una parte, es que cada vez más personas optan abiertamente por la salida voluntaria de la vida a fin de evitar el peligroso campo de minas en el que se ha convertido la muerte hospitalaria. Saltan el muro que se había edificado entre ellos y su propia muerte. Pero eso no impide que un aumento espectacular de la voz se haya ido registrando de forma paralela. Así, un número creciente de personas ha ido haciendo oír sus quejas respecto al nuevo modo de morir implantado durante el siglo pasado. Ambos mecanismos llevan décadas creciendo y alimentándose uno al otro.

Del incremento de los episodios de salida voluntaria de la vida a fin de evitar los problemas de la muerte hospitalaria hay numerosos testimonios. Acaso la actuación del famoso doctor Kevorkian y su máquina del suicidio en Estados Unidos durante la década de los noventa proporcione algunos de los más relevantes. Janet Adkins, la primera paciente que utilizó esa máquina, la cual padecía la enfermedad de Alzheimer en un estado avanzado, declaró que no quería que ni ella ni su familia tuvieran que soportar el sufrimiento que implicaba esa terrible enfermedad. Su opción por la salida era de lo más decidida. «Lo siento, yo solo quiero irme», puede escuchársele decir en una filmación tomada por el propio Kevorkian.

Cuando años después, en 2003, el británico Reginald Crew, con una enfermedad neuronal progresiva, se dejó retratar en primera plana en los periódicos para anunciar que se iría a Suiza, donde no se prohíbe el auxilio al suicidio, a fin de ser ayudado allí a morir por los médicos, realizó una opción pública por la salida que dejó perplejos a sus compatriotas. Una impresión parecida provocó en España Inmaculada Echevarría en 2007. Esta enferma de distrofia muscular progresiva, ejerciendo el derecho a rechazar un tratamiento establecido por la ley, pidió al hospital en que se encontraba ingresada desde hacía años que se le retirara el respirador artificial, sin la ayuda del cual, inevitablemente, moriría. Aunque su demanda creó ciertas perplejidades, su salida voluntaria de la vida fue considerada legal por las autoridades, y la paciente murió convenientemente sedada. Su caso sirvió para volver a mostrar hasta qué punto la salida lograba ir abriéndose paso en estos asuntos.

Al lado de esta exhibición de salidas como estas, por naturaleza silenciosas aunque cada vez más públicas, se ha venido registrando por todo el mundo un incremento correlativo del ejercicio de la voz en estos asuntos del fin de la vida. Lo han protagonizado personas que, a despecho de su condición de enfermos y de su voluntad declarada de dejar la vida, no han querido irse sin que antes

fueran escuchadas sus quejas. *Morituri te Salutant* son personas que escriben cartas a los mandatarios políticos, interponen recursos judiciales o bien publican libros con la voluntad de dar a conocer a todos su situación. Sus actuaciones, estimuladas por las organizaciones que luchan por una muerte con dignidad, han ido encontrando un eco en la sociedad, que se ha conmovido y dividido en torno a ellas.

Diane Pretty en el Reino Unido, quien escribió una carta pública al primer ministro Blair pidiendo que se le autorizara a poner fin a su vida, y que apeló las decisiones de la justicia británica ante el Tribunal Europeo de Derechos Humanos de Estrasburgo antes de morir, en 2002, a causa del progreso de una esclerosis lateral amiotrófica, suministró un buen ejemplo de una de estas actuaciones dramáticas. Lo mismo sucedió con el francés Vincent Humbert, el cual, tetrapléjico, ciego y mudo como resultado de un accidente de tráfico, y tras hacerse famoso después de enviar una carta al presidente Chirac, logró conmover al país entero y reabrir la discusión de la eutanasia con la publicación, en 2003, de su libro *Pido el derecho a morir*.

En España, el también tetrapléjico Ramón Sampederro había proporcionado un testimonio perfecto de esa opción decidida por el ejercicio de la voz. En 1993 interpuso una demanda ante los tribunales pidiendo que se autorizara a su médico a suministrarle los medicamentos necesarios para poner fin a su vida. Luego apeló a la Audiencia y al Tribunal Constitucional, y no una sino varias veces. Llegó más tarde hasta el Tribunal Europeo de Derechos Humanos. Célebre gracias a estos procesos judiciales, publicó un libro que fue un éxito de ventas, *Cartas desde el infierno*, aparecido en 1996, en el cual incluyó cartas públicas al Papa y al jefe del Estado. Solo después de asegurarse de que había hecho oír claramente su voz, aquel que en su libro se había calificado como «el espíritu parlante de un muerto» optó por salir de la vida, en 1998.

5

Los casos famosos a los que nos hemos referido nos señalan dónde acabó encontrándose exactamente la muerte contemporánea. Ante un estallido conjunto de la salida y la voz. El crecimiento acelerado del ejercicio de ambos mecanismos de expresión de quejas nos avisa de la naturaleza de la situación en la que nos encontramos. Acaso nos anuncie también el final cercano del régimen totalitario que la medicina hizo caer inadvertidamente sobre la muerte. Nos habla, en cualquier caso, de la necesidad imperiosa de seguir el camino, difícil sí, pero no imposible, de una reorganización general del modo de morir para

la cual ciertas reformas y legislaciones —las leyes holandesa y belga de 2002, por poner un ejemplo— han indicado una dirección factible.

La necesidad y la aproximación de tal reorganización han sugerido a muchos la idea simple de que el establecimiento legal de un mecanismo que posibilite ampliamente la salida voluntaria de la vida podrá, por sí solo, proporcionar una solución a todos los graves problemas que tiene hoy planteados la muerte hospitalaria. La difusión de esta esperanza, en la que acaso se traduzca el prejuicio economicista a favor de la máxima salida como la mejor manera para organizar la detección de deficiencias en cualquier institución, resulta, no obstante, uno de los factores que más están retrasando las reformas.

No se trata de negar la conveniencia de la implantación de tal mecanismo. Tampoco de oponerle de forma simplista el avance de los cuidados paliativos, en la confianza ingenua de que el desarrollo de los procedimientos de control del dolor proporcionará una solución técnica a los problemas ante los cuales la propia técnica nos ha colocado. De lo que se trata es de comprender que estamos ante un problema para el cual no existe una solución meramente técnica. Ni el conveniente progreso de los cuidados paliativos, ni la institución legal de un mecanismo que facilite la salida voluntaria de la vida, por muy bien organizados que estén, van a lograr suprimir el aspecto inevitablemente social y dramático de la muerte. Más bien lo estimularán, tal y como han mostrado muchos de los casos famosos relacionados con la eutanasia. Por eso, lo que se hace preciso es que la legislación alumbre un cambio profundo en las instituciones sanitarias, cambio que no será posible si no abre el camino a una expresión masiva de la voz de todos los que se relacionan con ellas.

No es buena idea confiar en que la situación actual puede continuar, simplemente combinada ahora con un reparto más generoso de morfina o con el añadido de una autorización a los que no estén contentos para que puedan marcharse. Por el contrario, y dado el nudo esencial del vínculo social que se toca en todo lo que se refiere a la muerte de las personas, lo que se impone es que la sociedad y la medicina no sigan permaneciendo al margen de los problemas de los moribundos y que acepten que ha llegado la hora de modificar profundamente el modo tecnológico de morir. La sociedad ha de dejar de mirar hacia otro lado y los hospitales han de pasar a reconocer que son, también, la casa de la muerte, y que deben adaptarse a esa adquirida condición suya. A los que tienen que morir se les ha de facilitar el que puedan hacerse conscientes de su situación, y permitírseles la elección, en diálogo con sus allegados y con los médicos, entre la permanencia en el hospital en el régimen que les convenga o el traslado a sus domicilios particulares, donde los equipos sanitarios deben seguir preocupándose por su bienestar y en los cuales los espec-

tos sociales de la muerte han de ser necesariamente escuchados y atendidos. Debemos alejar de nosotros las fantasías tecnológicas de autonomía y poder ilimitados y aceptar que constituye una obligación colectiva atender a los que, inevitable y dramáticamente, tienen que morir. Para ello, se ha de comprender que la lógica modesta de sus necesidades es tan importante, al menos, como la que gobierna potente los avances de la técnica.

A tal construcción de una nueva muerte hospitalaria, y no tan paradójicamente como pueda parecer, ha de contribuir una legislación que autorice a los pacientes las elecciones sobre su propia muerte. Pero, y junto con ella, se hace preciso desarrollar legalmente mecanismos de participación capaces de desplegar el interés de la institución por la suerte de todos los que la integran, concediendo a estos un protagonismo que, hasta ahora, se les ha venido negando de forma terca. Pues si la posibilidad de salida restituye a los pacientes en su condición de personas, cumpliendo con exigencias básicas para la construcción de la libertad individual, la posibilidad de voz abre paso a que se identifiquen los intereses de las personas y que estas sean tratadas con el respeto que merecen, lo cual atiende a exigencias igual de básicas para la construcción de la libertad colectiva.

La vida es de cada uno, sí, pero la vida, al igual que la muerte, de cada uno depende mucho de los demás. Cada vida, en cierto sentido, es también de todos. No parece por ello que tenga sentido la idea de que pueda dejar de importar alguna vez a la sociedad quien vive y quien muere. Tampoco parece posible que el gesto burocrático que indica la salida a los que no desean continuar en las filas de la institución vaya a bastar nunca para dar solución a los graves problemas que la muerte contemporánea alberga en su seno. La sugerencia de que tal cosa es lo que realmente piensan los que defienden una nueva regulación para la eutanasia es lo que, desde hace bastante tiempo, lleva dando alas a los enemigos de las necesarias reformas. Por eso, la admisión de la idea de que, a la muy necesaria ampliación en este asunto de los mecanismos de salida debe corresponder una estimulación paralela de los de la voz, puede ayudar a la reorganización de un modo de morir cuyos problemas duran demasiado y que ya ha proporcionado suficientes avisos acerca de su terrible falta de humanidad.

Situación de la regulación de la eutanasia y del suicidio asistido en distintos países¹

Albert Royes

El suicidio asistido y la eutanasia

La eutanasia y el suicidio asistido deben considerarse dos modos diferentes de lo que, en términos más generales, se denomina la disposición de la propia vida en determinadas circunstancias.² Se han propuesto diversas definiciones acerca de la eutanasia³ y del suicidio asistido.⁴ En este segundo caso, en general se enfatiza que es el propio enfermo quien se autoadministra el o los fármacos que pondrán fin a su vida de acuerdo con su voluntad. La expresión *suicidio médicamente asistido* precisa que para llevar a cabo su acción el enfermo ha con-

¹ Texto publicado originalmente como material docente del Máster en Bioética y Derecho de la Universidad de Barcelona. Revisado en 2015.

² Consúltese el Documento elaborado por el Grupo de Opinión del Observatorio de Bioética y Derecho de la Universidad de Barcelona. A. Casado y A. Royes (coords.), *Documento sobre la disposición de la propia vida en determinados supuestos: declaración sobre la eutanasia*, Signo, 2003. <http://www.publicacions.ub.edu/refs/observatoriBioEticaDret/documents.aspx>.

³ *Eutanasia*: se refiere a la acción realizada por otra persona, a petición expresa y reiterada de un enfermo que padece un sufrimiento físico o psíquico como consecuencia de una enfermedad incurable y que él vive como inaceptable, indigna y como un mal, para causarle la muerte de manera rápida, eficaz e indolora.

⁴ Solo a título de ejemplo, véase:

- *Suicidio asistido o auxilio al suicidio*: es la acción de una persona que sufre una enfermedad irreversible para acabar con su vida, y que cuenta con la ayuda de alguien más que le proporciona los conocimientos y los medios para hacerlo. Cuando la persona que ayuda es un médico, hablamos de suicidio médicamente asistido (*Informe sobre la eutanasia y la ayuda al suicidio*, Comitè Consultiu de Bioètica de Catalunya, Generalitat de Catalunya, Departament de Salut, 2006).
- «A procedure where a doctor lawfully provides a lethal dose of drugs to a patient for self administration» (ZIEGLER, S., y BOSSHARD, G., «Role of non-governmental organisations in physician assisted suicide», *BMJ*, 334, 2007, pp. 295-298).
- «L'assistance au suicide est le fait de mettre à disposition de la personne qui souhaite mourir les moyens lui permettant de se suicider sans violence» (Ginebra: EXIT, Association pour le Droit de Mourir dans la Dignité, 2003).

tado con la colaboración expresa de un médico, por lo general mediante la prescripción de fármacos, o la puesta a punto de algún dispositivo, que le permitirán causarse la muerte en el momento que así lo desee. Este médico colaborador puede estar presente o no en el momento en que el enfermo tome la decisión de poner fin a su vida, cuestión que no debe considerarse esencial. En caso de que la persona no requiera ayuda de otros para su suicidio, suele hablarse de *autoliberación*.⁵

Puede ser interesante partir de la definición que de eutanasia y de suicidio asistido ofrece el propio Código Penal español, aunque sea para penalizar ambas conductas, cuestión que detallaremos más adelante. En efecto, en su artículo 143. 4. 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 este, 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» (CP, art. 143. 4). Se trata de una buena definición de la eutanasia y del suicidio asistido, puesto que apunta directamente a los requisitos necesarios para que se dé la atenuante que distingue las citadas conductas del homicidio. Entre estos requisitos destacan el de la petición voluntaria del paciente, el carácter incurable de la enfermedad con consecuencia de muerte, o el que aunque no condujera a la muerte del paciente en un plazo breve (es decir, aunque no se trate forzosamente de un paciente en fase agónica o terminal) le ocasione un sufrimiento permanente e insoportable para este mismo paciente. El término «padecimiento permanente y difícil de soportar» incluye tanto el posible sufrimiento físico como el mental (es decir, el ocasionado por la propia presencia de la enfermedad y la merma de calidad de vida o de dignidad que aquella provoque); además, que este padecimiento sea o no difícil de soportar es algo subjetivo, depende de cada persona enferma, por lo que solo esta puede establecer si su situación clínica es o no «insoportable», con lo que el paciente se convierte así en el único que puede manifestar con claridad si cumple o no de modo suficiente con esta condición. El requisito de voluntariedad exige que el paciente se encuentre en condiciones de tomar decisiones por sí mismo y en su beneficio, lo cual parecería excluir aquellos pacientes que tengan merma dicha capacidad o que sufran alguna patología psiquiátrica que les in-

⁵ HUMPHRY, D., *Final Exit: The Practicalities of Self-Deliverance and Assisted Suicide for the Dying*, 3.ª ed., Oregón: ERGO (Euthanasia Research & Guidance Organization), 2003.

capacite para tomar este tipo de decisiones. Sin embargo, es discutible que el hecho de padecer alguna enfermedad mental constituyera sistemáticamente y en todos los casos motivo de exclusión para que una petición de eutanasia o de suicidio asistido fuese tenida en cuenta. Como veremos después, en aquellas sociedades que han despenalizado la eutanasia o el suicidio asistido, si quien formula una petición de suicidio asistido o de eutanasia presenta antecedentes de enfermedad o de trastorno mental, suele exigirse un informe psicológico o psiquiátrico del paciente antes de tramitar su petición, pero no se prejuzga el resultado de este informe, es decir, que no se considera un motivo de exclusión *per se* la mera existencia de antecedentes de patología psiquiátrica o la presencia de trastorno mental. No obstante, incluso entre las sociedades que han despenalizado la práctica de la eutanasia o del suicidio asistido existen importantes diferencias en cuanto a las condiciones que debe reunir el enfermo para que dicha acción no sea legalmente punible. Nos referiremos a esta cuestión más adelante.

Algunas falacias y otras interpretaciones acerca de la eutanasia y el suicidio asistido

La disposición de la propia vida en determinados supuestos sigue siendo objeto de intensos debates tanto en nuestra sociedad⁶ como en otras de nuestro ámbito cultural. No debe sorprender, puesto que el debate se centra en conceptos nucleares en la manera de entender el final de la vida, la dignidad humana y el papel de la medicina (y por lo tanto de los propios médicos y de otros profesionales sanitarios) en relación con el ejercicio de la autodeterminación de las personas. En las sociedades en las que el pluralismo es un valor importante, cada vez es más frecuente la opinión y la actitud de personas para quienes esa disposición de la propia vida es entendida como un ejercicio de la libertad y de la dignidad personales, ejercicio en el que la autoridad pública, es decir el legislador, no debería inmiscuirse salvo, precisamente, para salvaguardar esa misma libertad y dignidad. En este sentido, cabe calificar de abusiva la intervención de los poderes públicos que, en un trasnochado ejercicio de paternalismo, pretenden impedir que los ciudadanos que lo deseen, y que reúnan

⁶ Véase, entre otros: CASADO, M., *La eutanasia: aspectos éticos y jurídicos*, Madrid: Reus, 1994. MÉNDEZ BAIGES, V., *Sobre morir. Eutanasia, derechos, razones*, Madrid: Trotta, 2002. BOLADERAS, M., «La eutanasia y el buen morir», en *Bioética*, Madrid: Síntesis, 1998.

determinadas condiciones de salud y de capacidad para el ejercicio de su autonomía personal, pongan fin a una vida que no desean y para lo cual solicitan la ayuda de otros.⁷

Los argumentos que desde diferentes campos suelen esgrimirse para oponerse a la despenalización de la eutanasia y del suicidio asistido son, en su gran mayoría, de tipo consecuencialista. Suponen, puesto que de predicciones hablamos, que dicha permisividad acarrearía *inevitablemente* consecuencias devastadoras para las personas enfermas en general y para la atención sanitaria en particular.

Dichos argumentos giran en torno a la, a su juicio, inevitable «pendiente resbaladiza» por la que una comunidad se desplazaría de manera imparable: en efecto, quienes así razonan predicen un incremento importante de actuaciones denominadas como «eutanasia no voluntaria», o como «eutanasia involuntaria», contando incluso (en su versión más catastrofista) con la complacencia o la complicidad de los poderes públicos; asimismo, predicen que la despenalización a que nos venimos refiriendo afectaría de manera muy negativa a los más vulnerables (ancianos, minorías sociales y pobres en general) por cuanto el suicidio asistido (o la eutanasia) se constituiría en una «alternativa» más barata a los cuidados paliativos y a la asistencia sociosanitaria en general, con lo que los citados colectivos se verían de algún modo animados o claramente empujados a solicitar ayuda al suicidio o la eutanasia.⁸

Detengámonos un momento en esos argumentos. Ninguna de esas predicciones se basa en datos empíricos fiables y suficientemente contrastados procedentes de aquellas sociedades en las que no es ilegal la ayuda al suicidio, o la ayuda médica al suicidio, si dichas actuaciones se realizan dentro de los límites que marcan las respectivas leyes. Se trataría más bien de prejuicios, de auténticas falacias, que buscan preservar determinados principios o dogmas sin tener en cuenta que estos no pueden ser impuestos a todos los ciudadanos tanto si los comparten como si no es el caso. Ninguna norma puede evitar el riesgo de abusos en su aplicación; de lo que se trata es que tanto la eutanasia como la ayuda al suicidio solo sean no punibles si concurren circunstancias muy precisas, que cualquier ley despenalizadora de dichas actuaciones debe determinar escrupulosamente y en ausencia de las cuales debe mantenerse, obviamente, la calificación de homicidio o de asesinato.

⁷ DWORKIN, R., y otros, «Assisted Suicide: The philosophers' Brief», *The New York Review of Books*, vol. XLIV, núm. 5, 27 de marzo de 1997.

⁸ Para un análisis detallado de esos y otros argumentos, véase DIETERLE, J.M., «Physician Assisted Suicide: a new look at the arguments», *Bioethics* 21, 2007, pp. 127-139.

Preguntar a los pacientes si prefieren acceder a cuidados paliativos o bien solicitar alguna modalidad de eutanasia o de ayuda al suicidio, es, sencillamente, una falsa dicotomía. Los cuidados paliativos y las instituciones de atención socio sanitaria deben formar parte de la atención estándar a los pacientes con patología incurable, o que están cercanos a la muerte, que lo precisen. La pregunta en todo caso debería ser: ¿prefieren esos mismos pacientes los cuidados paliativos o bien desean acceder legalmente a la eutanasia o al suicidio asistido si su padecimiento les resulta insoportable y desean acelerar su proceso de muerte? Así las cosas, la libertad de elección de dichos pacientes quedaría realmente salvaguardada y su sentido de la dignidad respetado. Mientras la eutanasia, o el suicidio asistido, no sea una alternativa real para los pacientes en determinadas circunstancias, dar por supuesto qué preferirían resulta una simple petición de principio.⁹

En el marco jurídico que establece la Constitución española, el reconocimiento del derecho a la vida (art. 15 CE) ha tenido tradicionalmente una interpretación, a nuestro juicio abusiva, que equipara dicho derecho al deber de continuar en vida en cualquier circunstancia y por penosa que esta resulte para algunas personas, por lo que dicha interpretación considera que el Estado debe penalizar la ayuda al suicidio en todos los casos. Sin embargo, a la luz de lo que la propia CE establece respecto del valor libertad y del valor dignidad de las personas (art. 1.1. y 10.1 de la CE, respectivamente) no es posible situar en todos los casos el derecho a la vida por encima del de la libertad de la persona y de su dignidad: este derecho a la vida lleva aparejado el deber de respetar la vida ajena, pero no el deber de vivir contra la propia voluntad en condiciones tales que la persona, en nuestro caso el paciente, considere especialmente indignas, lo cual puede perfectamente interpretarse como un acto de tortura o trato inhumano o degradante, que es algo explícitamente prohibido por la propia CE (art. 15 CE).

Por otra parte, es generalmente aceptado que entre los fines de la medicina se incluye evitar el dolor o el sufrimiento innecesarios. Nadie discute sensatamente que la sedación en la agonía o en los pacientes en fase terminal forma parte de la buena práctica médica. Sin embargo, puede darse el caso de pacientes que no deseen prolongar una vida cuya indignidad, a juicio de esos mismos pacientes, sea fuente de enormes sufrimientos y para los cuales la muer-

⁹ QUILL, T.E., y BATTIN, M.P. (eds.), *Physician-Assisted Dying. The Case for Palliative Care and Patient Choice*, Baltimore y Londres: The Johns Hopkins University Press, 2004.

te no es la peor alternativa posible.¹⁰ El término «sufrimiento» incluye algo más que el dolor: es un tipo de emoción, de sentimiento, que una persona elabora como resultado de otra cosa, de una enfermedad y de sus variadas consecuencias. Si esta enfermedad no tiene curación, carece de alivio el sufrimiento que la misma ocasiona. Este sufrimiento es distinto de una depresión clínicamente tratable, por lo que el sufrimiento del paciente difícilmente podrá aliviarse mediante el uso de antidepresivos. No debería verse como contrario a la ética médica la conducta de un médico que decidiera libremente proporcionar ayuda profesional a un paciente que voluntariamente la solicitara a fin de poner fin de manera rápida, eficaz e incruenta a una vida que para este paciente carece ya de valor en sí misma. Tanto los deberes éticos de beneficencia, como de no maleficencia y de respeto a la autonomía de los pacientes pueden perfectamente interpretarse en el sentido de permitir la colaboración de un médico en el suicidio de un paciente que se encuentre en determinadas circunstancias. Porque, en definitiva, la asistencia de un médico en el proceso de morir es, sobre todo, un acto de compasión, de empatía con el sufrimiento presente o futuro del paciente; no se trata solamente de la libre elección por parte de este, es también algo que tiene que ver con el no abandono del paciente a su sufrimiento.

Situación actual del suicidio asistido y la eutanasia en diversos países

En España

Aunque diferentes instancias universitarias e institucionales se han pronunciado en los últimos años a favor de la despenalización de la eutanasia y del suicidio asistido,¹¹ el vigente Código Penal castiga, como se ha citado antes, en su artículo 143, con la pena de prisión de dos a cinco años «al que coopere con actos necesarios al suicidio de una persona» (art. 143. 2), aunque, como también se ha dicho anteriormente, casi a continuación (art. 143. 4) el legislador introduce diversas atenuantes como motivos para la disminución de condena.

¹⁰ A este propósito es interesante consultar el artículo de CHAPPLE, A.; ZIEBLAND, S.; MCPHERSON, A., y HERXHEIMER, A., «What people close to death say about euthanasia and assisted suicide: a qualitative study», *Journal of Medical Ethics*, 32, 2006, pp. 706-710.

¹¹ Entre otros, el Documento elaborado por el Grupo de Opinión del Observatorio de Bioética y Derecho, de la Universidad de Barcelona, antes citado, y el *Informe sobre la eutanasia y la ayuda al suicidio* del Comitè Consultiu de Bioètica de Catalunya, 2006.

Seguramente bastaría con suprimir la pena con la que castiga esa conducta el artículo 143.4 para que la ayuda al suicidio, en las circunstancias que se citan y que, por supuesto, deberían precisarse exhaustivamente, no fuera considerada punible,¹² si bien la inducción al suicidio debe continuar penalizada tal como establece el artículo 143. 1 del vigente Código Penal.

En efecto, aquellas sociedades que han optado por la despenalización del suicidio asistido (y en algunos casos también de la eutanasia) mantienen, obviamente, la proscripción general del homicidio, pero han establecido mediante la oportuna ley la excepción del suicidio asistido o de la eutanasia de entre las conductas tipificadas como delito. Por otra parte, la legislación sanitaria española ha adoptado, en lo que llevamos de siglo, diversas normas que potencian la autonomía del paciente en sanidad, normas que obligan a solicitar el consentimiento informado¹³ del paciente para todas las intervenciones o actuaciones sanitarias que le afecten, el derecho a rechazar tratamientos médicos por indicados que estén (las llamadas decisiones de limitación del esfuerzo terapéutico)¹⁴ y la posibilidad de otorgar un documento de voluntades anticipadas o de instrucciones previas.¹⁵ Desde la perspectiva ética resulta del todo incoherente, y hasta trágicamente paradójico, que un paciente pueda solicitar, por ejemplo, la desconexión del aparato de ventilación mecánica que le mantiene

¹² TOMÁS-VALIENTE, C., *Posibilidades de regulación de la eutanasia solicitada*, Madrid: Fundación Alternativas, 2005. CASADO, M., «Sobre el tratamiento de la eutanasia en el ordenamiento jurídico español y sobre sus posibles modificaciones», *Revista Derecho y Salud*, 3, 1995.

¹³ ROYES, A., «El consentimiento informado y los documentos de voluntades anticipadas», en CASADO, M. (coord.), *Nuevos materiales de bioética y derecho*, México DF: Fontamara, 2007, pp. 159-173.

¹⁴ CABRÉ, L. (coord.), *Medicina Crítica Práctica. Decisiones Terapéuticas al Final de la Vida*, Barcelona: Edika Med, 2003. CABRÉ, L.; MANCEBO, J.; SOLSONA, J.F.; SAURA, P.; GICH, L., *et al.*, «Multi-center study of the multiple organ dysfunction syndrome in intensive care units: the usefulness of Sequential Organ Failure Assessment scores in decision making», *Intensive Care Med*, 31(7), 2005, pp. 927-933. CORCOY, M., «Aspectos jurídicos de la limitación del esfuerzo terapéutico», en CABRÉ, L. (coord.), *Medicina Crítica Práctica. Decisiones Terapéuticas al Final de la Vida*, Barcelona: Edika Med, 2003, pp. 141-154. ROYES, A., «Bioética y práctica clínica: propuesta de una guía para la toma de decisiones de limitación del esfuerzo terapéutico», *Revista de Calidad Asistencial*, 20(7), 2005, pp. 391-395.

¹⁵ Además de las leyes adoptadas por diversas Comunidades Autónomas con competencias en la materia, véase la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Sobre los documentos de voluntades anticipadas, véase:

- Documento elaborado por el Grupo de Opinión del Observatorio de Bioética y Derecho, de la Universidad de Barcelona. ROYES, A. (coord.), *Documento sobre las voluntades anticipadas*, Signo, 2001. Puede consultarse en: http://www.pcb.ub.es/bioeticaidret/archivos/documentos/Voluntades_Anticipadas.pdf.
- NAVARRO, M., «Advance directives: the Spanish perspective», *Medical Law Review*, 13, 2005, pp. 137-169.

con vida tras una «petición expresa, seria e inequívoca de este» (en expresión del art. 143.4 del CP) y que eso mismo no valga para una petición de eutanasia o de suicidio asistido.

En el estado de Oregón (Estados Unidos)

Desde noviembre de 1997, el suicidio asistido es legal en este estado cuando sus ciudadanos aprobaron por segunda vez la *Death with Dignity Act*,¹⁶ que permite la práctica del suicidio asistido únicamente en el caso de pacientes que padecen una enfermedad terminal (definida como aquella que previsiblemente le causará la muerte en un plazo no superior a seis meses) y que sean ciudadanos de este estado. Otras condiciones que dicha ley establece para que un ciudadano pueda recibir legalmente la prescripción médica de un fármaco letal son las siguientes:

- Ser mayor de 18 años.
- Ser plenamente capaz (en el sentido de estar en condiciones de tomar decisiones acerca de su salud y de comunicarlas).
- El paciente ha de formular verbalmente su petición al médico en dos ocasiones separadas por un intervalo de al menos quince días.
- Además, el paciente ha de formular su petición por escrito y firmarla en presencia de dos testigos.
- El médico que atiende al paciente y un segundo médico consultor deben confirmar ambos el diagnóstico y el pronóstico del paciente; deben, además, confirmar que el paciente es plenamente capaz. En caso de que alguno de los citados médicos considere que el paciente sufre algún trastorno psiquiátrico o psicológico, el paciente debe someterse previamente a un examen psiquiátrico o psicológico.
- El médico que le atiende debe informar al paciente de posibles alternativas al suicidio asistido, en especial de la existencia de residencias con asistencia sanitaria, de unidades de cuidados paliativos y de tratamiento del dolor.

Además, la ley obliga al médico que ha prescrito el fármaco letal a informar al Department of Human Services del estado de que el paciente ha recibido

¹⁶ La citada Ley, así como los Informes anuales sobre su aplicación, puede consultarse en: <http://egov.oregon.gov/DHS/ph/pas/>.

efectivamente dicha prescripción. Debe precisarse que, de acuerdo con esta ley, ningún médico, farmacéutico u otro profesional sanitario está obligado a acceder a la petición del paciente ni a estar presente cuando el paciente ingiera, si finalmente así lo decide, el producto letal.¹⁷

Anualmente, el Department of Human Services publica un informe acerca de la aplicación de la ley. El último publicado, que se refiere al período comprendido entre 1998 y 2014,¹⁸ cifra en 1.327 el número de ciudadanos que se han acogido a esta ley. En relación con el total de fallecidos en dicho estado, el número de muertes ocasionadas por suicidio asistido en este mismo período es de 859, sin que existan diferencias significativas según el sexo.

R.A. Pearlman y H. Starks¹⁹ han analizado los principales motivos que han conducido a diferentes pacientes a solicitar el suicidio asistido en Oregón pero que, sin embargo, todavía no han consumado el suicidio. Clasifican estos motivos en tres grupos:

- Experiencias relacionadas con la enfermedad: debilidad, agotamiento, disminución del confort, efectos del tratamiento, pérdida de capacidad en general, efectos secundarios inaceptables de los tratamientos contra el dolor...
- Amenazas contra el «sentido de uno mismo» (*person's sense of self*): disminución o pérdida del «sentido de uno mismo», deseo de control sobre la propia muerte...
- Miedo ante el futuro: miedo ante la disminución de la calidad de vida, ante el proceso de la propia muerte, ante la perspectiva de ser una carga emocional excesiva para quienes les aman...

Esos motivos revisten extraordinaria importancia para los pacientes estudiados, en especial el sentido de uno mismo y la voluntad de controlar el proceso de la propia muerte. Los médicos deberían ser sensibles a ese tipo de experiencias personales que deben diferenciarse de las depresiones clínicas; son procesos existenciales que no incapacitan, por sí mismos, a los pacientes para

¹⁷ Sobre el papel de la enfermera en el suicidio asistido, véase ALTMANN, T.K., y EDGETT, S., «Oregon's Death With Dignity Act (ORS 127.800-897): A Health Policy Analysis», *Journal of Nursing Law*, 11, 1, 2007, pp. 45-52.

¹⁸ <https://public.health.oregon.gov/ProviderPartnerResources/EvaluationResearch/DeathwithDignityAct/Pages/index.aspx>.

¹⁹ PEARLMAN, R.A., y STARKS, H., «Why do people seek Physician-Assisted Suicide?», en QUILL, T.E., y BATTIN, M.P. (eds.), *Physician-Assisted Dying. The Case for Palliative Care and Patient Choice*, Baltimore y Londres: The Johns Hopkins University Press, 2004.

tomar decisiones acerca del suicidio asistido. Además, el deseo de controlar la propia muerte (lo que se ha venido denominando la *calidad de muerte*) constituyen motivos similares a los que conducen a pacientes que viven en sociedades en las que es ilegal el suicidio asistido o la eutanasia a otorgar un documento de voluntades anticipadas o a tomar decisiones de limitación del esfuerzo terapéutico.

*En los estados de Washington, Vermont, Montana y California
(Estados Unidos)*

En noviembre de 2008, los ciudadanos del estado de Washington aprobaron *The Washington Death with Dignity Act* con el 59% de votos favorables.²⁰ En líneas generales, sigue de cerca la ley del estado de Oregón comentada en el apartado anterior. Esta ley establece claramente que únicamente un adulto competente, residente en el estado de Washington, que padece una enfermedad terminal (confirmada tanto por su médico como por otro médico consultor) y que ha expresado voluntariamente y por escrito su deseo de morir, puede solicitar la medicación que este mismo enfermo podrá autoadministrarse con el objetivo de poner fin a sus días «de manera humana y digna» de acuerdo con lo que establece dicha ley. Precisa, además, que ni la edad ni la discapacidad por sí mismas son un requisito válido para que una persona pueda acogerse a la misma y que ninguno de sus apartados puede entenderse como una legitimación de actuaciones eutanásicas. Debe mediar un tiempo de espera de al menos quince días entre la petición inicial y la prescripción efectiva de la medicación letal. Asimismo, el Departamento de Salud de dicho estado deberá publicar anualmente un informe estadístico acerca de la implementación de esta ley.²¹

De modo similar, el estado de Vermont ha promulgado en 2013 una ley propia, siguiendo también la pauta de la legislación del estado de Oregón, citada en el apartado anterior, sobre la ayuda al suicidio²² y, en 2015, los estados de Montana²³ y California²⁴ han promulgado sendas leyes que despenalizan la ayuda al suicidio.

²⁰ Esta Ley puede consultarse *in extenso* en: apps.leg.wa.gov/RCW/default.aspx?cite=70.245.

²¹ Véase: <http://www.doh.wa.gov/portals/1/Documents/Pubs/422-109-DeathWithDignityAct2012.pdf>.

²² Vermont: Patient Choice and Control at End of Life Act.

²³ Disponible en: <http://leg.mt.gov/bills/2015/billpdf/SBo202.pdf>.

²⁴ Disponible en: https://leginfo.legislature.ca.gov/faces/billNavClient.xhtml?bill_id=201520160SB128.

En Holanda

El 1 de abril de 2002 entró en vigor la Ley de comprobación de la finalización de la vida a petición propia y del auxilio al suicidio²⁵ que, a diferencia de las leyes de los estados de Oregón, Washington y Vermont, despenaliza tanto la eutanasia como el suicidio asistido en el caso de pacientes residentes en Holanda. Los requisitos que esta ley exige son, por lo general, similares a los ya expuestos, aunque existen algunas diferencias, en especial las siguientes:

- No se exige que el paciente sufra una enfermedad considerada terminal, aunque sí que la misma ocasione al paciente un padecimiento insostenible y sin esperanzas de mejora.
- El médico puede atender una petición de eutanasia o de suicidio asistido también en el caso de menores entre 16 y 18 años plenamente conscientes y si los padres o tutores han participado en el proceso de decisión; en el caso de menores entre 12 y 16 años, los padres o tutores deben manifestar su acuerdo explícito con la decisión del menor.
- Si la muerte del paciente ha acaecido como consecuencia de la práctica de eutanasia o de suicidio asistido, el médico no expide certificado de defunción sino que informa de inmediato al forense municipal, enviándole los correspondientes informes y documentos que acrediten el escrupuloso cumplimiento de la ley antes citada.
- Este médico forense comunica el caso a la Comisión regional de control que establece el artículo 3 de la citada ley si cumple con todos los requisitos para que la acción eutanásica o de ayuda al suicidio pueda considerarse una acción no punible. En caso contrario, deberá comunicarlo al ministerio fiscal. Dicha Comisión de control eleva anualmente un informe a los ministerios de Justicia y de Salud de los casos que han sido sometidos a su consideración, informe que, además, debe ser entregado al Parlamento.

²⁵ <http://ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/etica-bioetica-y-legislacion/otros-recursos-1/Ley%20Holandes%202001.pdf>.

En Bélgica

Bélgica aprobó en 2002 la ley relativa a la eutanasia que entró en vigor en septiembre de este mismo año.²⁶ A diferencia de los países antes citados, en ella no se menciona de forma explícita el suicidio asistido; la ley habla siempre de eutanasia. Sin embargo, el primer informe elaborado por la Commission Fédérale de Contrôle et d'Évaluation de l'Euthanasie,²⁷ que se refiere a los quince primeros meses de aplicación de la ley, precisa que algunas eutanasias fueron en realidad casos de suicidio asistido puesto que el paciente ingirió por su propia mano el producto letal o activó el mecanismo instaurado con este fin. Dicha Comisión de control reconoció que, puesto que la ley no exigía un procedimiento concreto para la práctica de la eutanasia, no procedía modificar el título de la citada ley para introducir en la misma el supuesto de suicidio asistido, aunque esa misma ley sí exige que el médico controle el proceso de morir en todo momento y en todos sus aspectos. De lo que se acaba de decir puede deducirse que el suicidio asistido se interpreta como una acción eutanásica que debe cumplir con los requisitos que la ley establece a tal efecto. En relación con la legislación holandesa, cuya pauta sigue de cerca, la ley belga no exige que solo puedan acogerse a la misma los ciudadanos belgas, si bien en la práctica entre el solicitante y el médico que acceda a una petición de eutanasia o de suicidio asistido debe mediar una relación asistencial lo suficientemente estrecha para que el médico pueda verificar que el paciente cumple todas las condiciones exigidas por la ley. Además, deben transcurrir un mínimo de 30 días entre la petición y la realización de la eutanasia o del suicidio asistido, a la cual, además, únicamente pueden acogerse pacientes mayores de edad o menores emancipados legalmente. Asimismo, el médico que hubiese realizado la eutanasia o que hubiera facilitado al paciente el producto letal debe inmediatamente poner esta circunstancia en conocimiento de la Comisión federal de control a que antes se ha hecho referencia. Hay que destacar que desde la entrada en vigor de la ley, esta comisión no ha juzgado procedente remitir al ministerio fiscal ninguno de los casos de eutanasia o de suicidio asistido que han sido sometidos a su consideración.

²⁶ http://www.ejustice.just.fgov.be/doc/rech_f.htm (versión en francés).

²⁷ Commission Fédérale de Contrôle et d'Évaluation de l'Euthanasie. Los Informes de esta Comisión correspondientes a 2004, 2006 y 2008 pueden consultarse en: https://portal.health.fgov.be/portal/page?_pageid=56,9794439&_dad=portal&_schema=PORTAL.

Resulta asimismo interesante la aceptación explícita de solicitudes de eutanasia efectuadas mediante un Documento de Voluntades Anticipadas. Estos casos han supuesto el 3% de las peticiones de eutanasia en la Federación belga.

En Luxemburgo

Siguiendo de cerca las legislaciones de Holanda y de Bélgica ya comentadas, Luxemburgo ha aprobado recientemente (16 de marzo de 2009) la Ley sobre la eutanasia y la asistencia al suicidio.²⁸ Dicha ley entiende por *eutanasia* «la acción, practicada por un médico, con el fin de acabar intencionadamente con la vida de una persona a petición expresa y voluntaria de esta persona»; y por *suicidio asistido* «el hecho de que un médico ayude intencionadamente a otra persona a suicidarse o le procure los medios para hacerlo, siempre a petición expresa y voluntaria de esta persona». Destaca, por consiguiente, que únicamente un médico está autorizado para llevar a cabo actuaciones de eutanasia o de ayuda al suicidio (que sería, pues, suicidio *médicamente asistido*). Entre las condiciones que se exigen a la persona que desee acogerse a esta ley, se incluyen: que la persona sea mayor de edad, capacitada y consciente en el momento de formular la petición de eutanasia o de ayuda al suicidio; que el paciente se encuentre en una situación médica incurable (tanto si la causa de su afección es accidental como patológica) y que experimente sufrimiento físico o psíquico constante, insoportable y sin expectativas de mejora; la petición del paciente debe constar por escrito.

Como en el caso de Bélgica, la ley luxemburguesa admite la posibilidad de que una persona mayor de edad y capacitada pueda establecer anticipadamente por escrito su voluntad respecto de las condiciones en las que desearía que le fuese practicada la eutanasia. En este supuesto, el médico debe constatar que, efectivamente, la persona padece una enfermedad grave e incurable, que está inconsciente y que su situación es irreversible según los conocimientos médicos actuales. La persona que haya otorgado un documento de voluntades anticipadas de este tipo debe reiterar cada cinco años su voluntad al respecto, pudiendo en todo momento revocarlo o modificarlo.

La ley crea, además, una Comisión nacional de control y de evaluación de la aplicación de esta norma legal, que deberá decidir acerca de la correcta aplicación de los requisitos que la propia ley establece, debiendo, en caso de cons-

²⁸ Puede consultarse en francés en: <http://www.legilux.public.lu/leg/a/archives/2009/0046/a046.pdf#page=7>.

tatar el incumplimiento de la misma, remitir un informe en este sentido al ministerio fiscal. La Comisión deberá someter a la consideración del Parlamento un informe bianual acerca de la puesta en práctica de esta ley, así como un resumen estadístico de los casos en que se haya practicado eutanasia o ayuda al suicidio y aquellas recomendaciones que considere oportunas.

Por último, es interesante remarcar que en el mismo acto legislativo el Parlamento luxemburgués aprobó, además, una ley relativa al derecho a recibir cuidados paliativos para todos los ciudadanos de este país que así lo deseen.²⁹

En Quebec

La Asamblea Nacional de Quebec aprobó en junio de 2014 la *Loi concernant les soins de fin de vie*,³⁰ que entrará en vigor en diciembre de 2015, cuyo objetivo es garantizar a las personas al final de su vida una atención sanitaria respetuosa con su dignidad y su autonomía y dirigida, de manera especial, a prevenir y mitigar el padecimiento de estas personas. Para ello, en el epígrafe que lleva por título *Cuidados de fin de vida*, tras referirse a los cuidados paliativos y a la sedación paliativa continuada, define la ayuda médica a morir en estos términos: «Un tipo de cuidado consistente en la administración por un médico a una persona al final de su vida, a petición de esta misma persona, de medicamentos o de sustancias que tengan por objeto suprimir su sufrimiento ocasionando su muerte». Es decir, la eutanasia, aunque este término no se menciona en ningún momento probablemente para obviar inútiles debates nominalistas de fuerte carga ideológica. La ley reconoce y admite que para una minoría de personas los cuidados paliativos no consiguen mitigar todo su sufrimiento, por lo que la ayuda médica a morir constituye una opción nueva, excepcional en el *continuum* de los cuidados ofrecidos en Quebec, a fin de responder a situaciones excepcionales de sufrimiento. Se enfoca, además, como un derecho de toda persona a recibir los cuidados de fin de vida que la ley describe ya sea en un hospital, en un establecimiento de cuidados paliativos o en su propio domicilio.

En su artículo 26, esta ley establece las condiciones que las personas deben reunir para solicitar dicha ayuda: ser mayor de edad legal, con capacidad para consentir a este tipo de cuidados, en situación de fin de vida, presencia de una

²⁹ Puede consultarse en francés en: <http://www.legilux.public.lu/leg/a/archives/2009/0046/ao46.pdf#page=2>.

³⁰ Puede consultarse en: <http://www.assnat.qc.ca/fr/travaux-parlementaires/projets-loi/projet-loi-52-40-1.html> (consulta: 18 de septiembre de 2015).

enfermedad grave e incurable, con deterioro progresivo de sus capacidades y que experimentan sufrimientos físicos o mentales constantes e insoportables y que no pueden aliviarse en condiciones que la persona considere tolerables. Eso último significa que la persona puede decidir si, por ejemplo, la inducción del coma, que le impediría conservar la lucidez y mantener hasta el final su actividad como persona social, por más que le calme radicalmente sus sufrimientos, no le resulta aceptable, por lo que solicita ayuda para poner fin a sus días con plena conciencia. En este caso, si el médico responsable del paciente decide voluntariamente acceder a la petición de ayuda médica a morir que le ha sido formulada, debe administrarla él mismo, acompañar a la persona y permanecer a su lado hasta su fallecimiento. Si, por el contrario, decide no acceder a la petición, debe advertir de inmediato al director del establecimiento, que deberá buscar otro médico que acceda a la misma.

Siguiendo con este breve resumen de la citada ley, existen, sin embargo, algunas limitaciones. Las más importantes son: no contempla la posibilidad de que una persona sufrente que no esté en situación de fin de vida (por ejemplo, una persona afecta de tetraplejia pero cuya vida no está en riesgo inminente) pueda solicitar la ayuda médica a morir tal como la define la ley; no puede formularse una petición de ayuda médica a morir mediante un documento de Voluntades Anticipadas, y los menores de edad legal y las personas incapaces de formular por sí mismas esa petición no son tenidas en cuenta.

También merece mencionarse la sentencia del Tribunal Supremo de Canadá, de 6 de febrero de 2015,³¹ que establece claramente que «la prohibición de ayuda médica a morir es nula en la medida que priva a un adulto capaz de esta ayuda en los casos en que: *a*) la persona afectada consiente claramente a poner fin a sus días; y *b*) la persona padece problemas de salud graves e incurables (ya sean afecciones, enfermedades o discapacidades) que le ocasionan sufrimientos persistentes y que le resultan intolerables». Con esta sentencia, el Supremo de aquel país da la razón a la jueza de primera instancia que dictaminó que esa prohibición viola los derechos que el artículo 7 de la Constitución canadiense de 1982 (derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de las personas) otorga a sus ciudadanos. Añade, además, que una reglamentación adecuada y bien aplicada permite proteger a las personas vulnerables contra abusos o errores.

³¹ Puede consultarse en: <http://scc-csc.lexum.com/scc-csc/scc-csc/fr/14637/1/document.do>.

En Colombia

En su Resolución núm. 1216, de 20 de abril de 2015,³² el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia estableció el «derecho fundamental a morir con dignidad». En su Capítulo III describe con detalle las condiciones para el ejercicio efectivo de este derecho en los siguientes términos: «Artículo 15. *De la solicitud del derecho fundamental a morir con dignidad.* La persona mayor de edad que considere que se encuentra en las condiciones previstas en la sentencia T-970 de 2014 podrá solicitar el procedimiento a morir con dignidad ante su médico tratante quien valorará la condición de enfermedad terminal.

El consentimiento debe ser expresado de manera libre, informada e inequívoca para que se aplique el procedimiento para garantizar su derecho a morir con dignidad. El consentimiento puede ser previo a la enfermedad terminal cuando el paciente haya manifestado, antes de la misma, su voluntad en tal sentido. Los documentos de voluntades anticipadas o testamento vital, para el caso en particular, se considerarán manifestaciones válidas de consentimiento y deberán ser respetadas como tales.»

Esta misma Resolución crea, en su Capítulo II, los Comités Científico-Interdisciplinarios para el Derecho a Morir con Dignidad y reglamenta su funcionamiento, composición y deberes.

En la Confederación Helvética

La eutanasia es una acción castigada penalmente en Suiza. Sin embargo, no lo es la ayuda al suicidio a condición de que dicha ayuda se efectúe por motivos desinteresados³³ (literalmente, *no egoístas*). El artículo 115 del Código Penal suizo aparece como una solución intermedia, a medio camino entre la impunidad absoluta y la represión indiscriminada; se trata, en efecto, de una fórmula de

³² Puede consultarse el texto íntegro de esta Resolución en: http://www.dmd.org.co/pdf/Eutanasia_resolucion-1216-de-2015.pdf.

³³ El vigente Código Penal de la Confederación Helvética establece lo siguiente:

«Art. 115

Incitation et assistance au suicide

Celui qui, poussé par un mobile égoïste, aura incité une personne au suicide, ou lui aura prêté assistance en vue du suicide, sera, si le suicide a été consommé ou tenté, puni d'une peine privative de liberté de cinq ans au plus ou d'une peine pécuniaire». Véase: http://www.admin.ch/ch/f/rs/311_01/a115.html.

compromiso que, aunque criminaliza la asistencia al suicidio en general, limita el carácter punible de la acción a las actuaciones «egoístas», es decir, cuando el que ayuda al suicidio obtendría en caso de consumarse algún beneficio aun cuando este no fuese únicamente de tipo material, lo cual incluiría la satisfacción de necesidades afectivas como el odio, el desprecio o el deseo de venganza. A diferencia de lo que prevé la legislación en los países anteriormente analizados, en Suiza la ayuda al suicidio no tiene que contar necesariamente con la asistencia de un médico. El Departamento federal de Justicia de este país precisa que «la asistencia al suicidio consiste en facilitar al paciente la sustancia mortal que este ingerirá por sí mismo, sin intervención externa, a fin de acabar con su vida». Desde 2004, en diversas ocasiones la Académie Suisse des Sciences Médicales ha venido reconociendo al médico que mantiene una relación personal con su paciente el derecho de proporcionarle su ayuda al suicidio basándose en una decisión moral personal y en el marco del respeto al principio de autonomía del paciente.³⁴ La Commission nationale d'éthique pour la médecine humaine estableció el marco general de la ayuda al suicidio en Suiza, precisando que «Si le suicidant n'agit pas de lui-même, son acte ne peut être considéré comme un suicide, même si, du point de vue purement matériel, il se présente comme tel. L'autodétermination suppose tout à la fois capacité de discernement et liberté de décision. C'est pourquoi lorsqu'une personne souffrant de trouble psychique, ou en état d'ébriété, ou incapable de discernement du fait d'une grave maladie psychique désire mettre fin à ses jours et qu'on l'assiste dans son suicide, cette situation tombe hors du domaine d'application de la disposition de l'art. 115 CP»,³⁵ con lo que viene a reconocer que el derecho a ejercer la autonomía o la autodeterminación personal es el eje moral sobre el que gira la libertad de decisión acerca de la propia vida y de la propia muerte, lo cual implica la posibilidad de que otros puedan intervenir en la realización de nuestra propia libertad. Si dicha capacidad de autonomía personal se viera afectada de modo importante por alguna circunstancia, en este caso la ayuda a su suicidio debería considerarse punible. Sin embargo, la interpretación que este Comité presenta del citado artículo del Código Penal suizo excluye que quepa hablar de un derecho de los pacientes residentes en este país a exigir de otros ciudadanos, médicos o no, ayuda al suicidio, lo cual constituye, probablemente, la razón de ser de diversas organizaciones no gubernamentales de ayuda al suicidio, como veremos en el siguiente apartado.

³⁴ En efecto, el Comité de ética de la ASSM afirma que «le médecin doit tenir compte de la volonté de son patient, ce qui peut signifier que (sa) décision morale et personnelle [...] d'apporter une aide au suicide à un patient mourant, dans certains cas particuliers, doit être respectée». <http://www.samw.ch/>.

³⁵ <http://www.nek-cne.ch>. Disposición n.º 9/2005: *L'assistance au suicide*.

Las organizaciones no gubernamentales de ayuda al suicidio

Como se acaba de exponer, tanto en Oregón y Washington (Estados Unidos), como en Holanda, Bélgica y Luxemburgo, únicamente un médico puede legalmente llevar a cabo actuaciones de ayuda al suicidio (o de eutanasia en estos tres últimos países) en determinadas circunstancias. En estas sociedades, las Asociaciones por el Derecho a una Muerte Digna³⁶ (en adelante, DMD) pueden informar y asesorar a sus asociados acerca de sus posibilidades dentro del respectivo marco legal pero no pueden realizar por sí mismas, como tales organizaciones, actuaciones eutanásicas o de ayuda al suicidio.

Compassion & Choices (Oregón, Estados Unidos)

En el caso de Oregón (Estados Unidos), la organización Compassion & Choices³⁷ está dedicada a divulgar entre los pacientes y sus allegados la posibilidad del suicidio asistido y a facilitarles soporte emocional, pero la organización no desempeña ningún papel en la valoración de la capacidad de decisión del paciente: eso compete exclusivamente al médico. Tampoco facilita al paciente que desea acogerse al suicidio asistido el producto letal ni interviene fuera del domicilio del paciente. Sus voluntarios reciben preparación específica para el acompañamiento del paciente y están presentes en el momento de la muerte del paciente si este así lo requiere.

Suiza: EXIT y Dignitas

En la Confederación Helvética existe, desde 1982, la organización EXIT³⁸ con dos sedes independientes: EXIT-Suisse Romande³⁹ con sede en Ginebra, y EXIT-Deutsche Schweiz,⁴⁰ con sede en Zúrich, aunque únicamente admiten

³⁶ Para una información detallada acerca de las Asociaciones DMD a escala mundial, consúltese: <http://www.exit-geneve.ch/adresses.htm>.

³⁷ <http://www.compassionandchoices.org/>. Es el resultado de la fusión de dos organizaciones: Compassion in Dying (Portland, Oregón) y End-of-Life Choices, la antigua Hemlock Society (Denver, Colorado), ambas en Estados Unidos.

³⁸ Miembro de la Federación de Asociaciones DMD.

³⁹ <http://www.exit-geneve.ch>.

⁴⁰ <http://www.exit.ch>.

como asociados a ciudadanos suizos. Puesto que, como se ha dicho antes, la ayuda al suicidio con carácter altruista no está penalizada en Suiza, este tipo de organizaciones auxilian efectivamente al paciente que desea poner fin a sus días, y que cumple ciertos requisitos, facilitándole la correspondiente prescripción médica del producto letal —para lo cual utilizan los servicios de un médico de la organización—, acompañando al paciente en el proceso de decisión de suicidarse y en todo el proceso posterior a la muerte de este paciente. Por supuesto, los servicios de estas organizaciones no son necesarios en caso de que el médico que habitualmente trata al paciente acceda a proporcionarle los medios para que este pueda suicidarse si así lo decide. El número de casos de asistencia al suicidio en los que han intervenido alguna de dichas organizaciones aumenta constantemente de año en año, lo cual refleja la creciente demanda de pacientes afectados de patología incurable y/o severamente invalidante para los cuales las alternativas que les han sido ofrecidas o que se han puesto efectivamente en práctica (cuidados paliativos, unidades de tratamiento del dolor, asistencia sociosanitaria...), aunque sean de calidad, no resultan suficientes o simplemente no responden a las expectativas del paciente.

Además, en el caso de la Suisse Romande, EXIT solicitó en marzo de 2006 la posibilidad de realizar su tarea de asistencia al suicidio incluso en los Hospitales Universitarios de Ginebra, tal como ya ocurría en los de Lausana. Dicha petición fue aceptada por el consejo de administración de los hospitales universitarios de Ginebra bajo estrictas condiciones, en especial que los pacientes no puedan ser trasladados a domicilio (en cuyo caso, obviamente, podrían solicitar la asistencia al suicidio por sí mismos) y que en la asistencia al suicidio no participen los profesionales sanitarios del propio hospital. En palabras del Dr. Jérôme Sobel, presidente desde 2000 de EXIT-Suisse Romande, «Il s'agit d'un très grand progrès et je suis très satisfait de cette prise de position ouverte et tolérante. Il s'agit d'une liberté supplémentaire pour le patient, une sécurité pour celui qui veut pouvoir gérer sa fin de vie jusqu'au bout».⁴¹

Los miembros de EXIT que deciden suicidarse disponen de tres posibilidades: *a*) solicitar la intervención de un representante de la asociación; si el solicitante cumple los requisitos establecidos por la organización, este representante le proporcionará el producto letal; *b*) el solicitante formula su petición de asistencia al suicidio directamente a su médico habitual, el cual decide en conciencia; *c*) si la persona decide actuar por sí misma, sin ayuda de nadie, se trata de un acto de autoliberación, en cuyo caso la organización se limita a

⁴¹ Entrevista con el Dr. J. Sobel publicada en Genève Home Informations (GHI), 21 de septiembre de 2006. <http://www.exit-geneve.ch/presse.htm>.

proporcionar a sus asociados (con una antigüedad mínima de tres meses) una guía para facilitarles esta tercera opción.

Cuando un ciudadano suizo solicita la asistencia al suicidio mediante las citadas organizaciones, se pone en marcha un procedimiento que, en líneas generales, es el siguiente: el paciente debe ser legalmente capaz, debe manifestar reiteradamente su deseo de morir y debe experimentar sufrimiento a su parecer insoportable o estar severamente incapacitado para las actividades más cotidianas.⁴² Los voluntarios de EXIT siguen, desde la primera entrevista con el paciente, un protocolo extremadamente preciso a fin de diferenciar a los pacientes que pueden ser efectivamente ayudados de los que no reúnen alguna o algunas condiciones para ello. En cualquier caso, la organización recomienda sistemáticamente recurrir a cuidados paliativos y que el paciente informe a sus allegados de su petición de asistencia al suicidio. En un segundo momento, el paciente es examinado por un médico de la organización el cual no prescribirá el fármaco letal a menos que esté convencido de que el paciente cumple los requisitos antes citados y si su médico habitual no desea participar en la asistencia al suicidio; finalmente, un voluntario de EXIT facilita al paciente el producto letal para que el mismo lo ingiera o active el dispositivo implementado a tal fin. Este mismo voluntario informa a la policía y al forense de la causa del fallecimiento del paciente. En casos especialmente difíciles, EXIT dispone de un Comité de ética que revisa el caso.

EXIT no es la única organización de ayuda al suicidio que actúa en la Confederación Helvética. Dignitas, con sede en Forch (Zúrich),⁴³ es una organización que desde su fundación en 1998 facilita la asistencia al suicidio a pacientes que no son ciudadanos suizos y que son socios de la citada organización. En palabras de la propia organización: «Es inaceptable, por razones éticas, que el suicidio asistido en Suiza sea una posibilidad únicamente al alcance de las personas que casualmente son ciudadanos suizos».⁴⁴ El protocolo que deben seguir los voluntarios de Dignitas es muy similar al que se ha hecho referencia en el caso de EXIT, con la diferencia de que los socios que no residen en Suiza deben necesariamente desplazarse a este país a fin de que un médico suizo confirme que, en efecto, el paciente cumple los requisitos exigidos; en caso afirma-

⁴² ZIEGLER, S., y BOSSHARD, G., «Role of non-governmental organisations in physician-assisted suicide», *BMJ*, 334, 2007, pp. 295-298.

⁴³ <http://www.dignitas.ch/>. Esta organización no pertenece a la Federación de Asociaciones por el Derecho a la Muerte Digna.

⁴⁴ http://www.dignitas.ch/index.php?option=com_content&view=article&id=23&Itemid=84&lang=fr. El lector encontrará en esta página web multilingüe una exposición muy detallada del funcionamiento de esta organización.

tivo, solo un médico suizo puede extender la prescripción que será posteriormente facilitada al paciente con la ayuda y el acompañamiento de miembros de Dignitas.

Con un propósito muy similar al de Dignitas en 1996 se fundó la organización EX International, con sede en Berna, que también atiende únicamente a personas asociadas y que no son ciudadanos suizos.⁴⁵

No obstante, el objetivo último de estas organizaciones de ayuda al suicidio es promover el debate sobre la eutanasia y, en definitiva, conseguir su despenalización. Como escribe el Dr. Jérôme Sobel, presidente de EXIT-Suisse Romande: «Deseo que nuestra asociación EXIT continúe luchando por la despenalización de la eutanasia activa directa, para poder de este modo ayudar a un enfermo incurable que no sea capaz de llevar a cabo su propia autoliberación y que previamente haya establecido su voluntad en este sentido. Aunque pueda parecer paradójico, la despenalización de la eutanasia activa permitiría a algunos enfermos vivir durante más tiempo y más serenamente si tuvieran la certidumbre de que les sería practicada la eutanasia activa, con lo que podrían diferir y retrasar la fecha de su suicidio asistido» (Boletín núm. 59 de EXIT, septiembre de 2013).

Suiza: las recomendaciones de la «Comission nationale d'éthique pour la médecine humaine» (2006)⁴⁶

En su anterior toma de posición 9/2005, esta Comisión recomendó al legislador que los poderes públicos supervisaran las organizaciones de ayuda al suicidio que actúan en Suiza al amparo del ya citado artículo 115 del Código Penal. En esta segunda recomendación (13/2006), la Comisión considera que dicha práctica debería regirse por un acuerdo de mínimos que garantice, por una parte, la libre autodeterminación del paciente y, por otra, la protección de quienes se plantean inicialmente poner fin a su vida con la asistencia de dichas organizaciones.

Desde la perspectiva ética, esta Comisión establece que la asistencia al suicidio se fundamenta en dos ejes: el apoyo y la atención a las personas que se plantean el suicidio, y el respeto por su derecho de autodeterminación. Ambos ejes deben tenerse en consideración en idéntica medida, con la finalidad de prevenir el riesgo de posibles abusos. Define la asistencia organizada al suicidio

⁴⁵ Consúltese: <http://www.exinternational.ch/>.

⁴⁶ *Critères de diligence concernant l'assistance au suicide* (<http://www.nek-cne.ch>).

como «une activité qui consiste à aider une personne préalablement inconnue à se suicider ou à mettre cette aide à la disposition d'inconnus»,⁴⁷ con lo que excluye de su consideración la ayuda al suicidio efectuada en el marco de una relación personal o familiar, o en el marco de la relación entre el paciente y su médico habitual. Las condiciones que expresa esta Comisión giran, en especial, en torno a la evaluación de la capacidad (la autonomía) del paciente que desea suicidarse. A tal fin, la Comisión propone:

- Que la capacidad de discernimiento acerca de la decisión de poner fin a su vida con ayuda de un tercero sea adecuada, lo cual solo puede verificarse mediante entrevistas personales reiteradas. Sin embargo, como establece la propia Comisión, el paciente es el único que puede juzgar si su sufrimiento le resulta, en efecto, insoportable, de acuerdo con sus valores y su sentido de la dignidad personal propios.
- Que el deseo de suicidarse emane de un sufrimiento grave ocasionado por una enfermedad, si bien la propia Comisión precisa que aquí el término enfermedad debe ser entendido en sentido amplio, incluyéndose los sufrimientos derivados de un accidente o de una discapacidad grave.⁴⁸
- Que la asistencia al suicidio no debe aportarse a personas que presentan una enfermedad psíquica en las que el deseo suicida constituya una expresión o un síntoma de esa misma enfermedad, por lo que en estos casos la Comisión considera imprescindible la consulta a un especialista.
- Que el deseo de morir sea duradero y constante, es decir, que no obedezca a una crisis pasajera o a un impulso repentino. De ahí la exigencia de la Comisión de que transcurra cierto tiempo entre la petición inicial del paciente y su efectiva consideración, sin que, por otra parte, quepa establecer un «período de reflexión» único: dependerá, en especial, de si se prevén cambios importantes en la situación del paciente o de si este ha tenido suficientemente en cuenta su situación global.
- Que otras posibilidades de ayuda al paciente hayan sido efectivamente exploradas, contando en todo caso con la voluntad del paciente para ello.
- Finalmente, que esta evaluación no sea efectuada por una sola persona; por lo menos otra persona deberá confirmarla en todos sus extremos.

⁴⁷ *Ibidem*, p. 3.

⁴⁸ *Ibidem*, p. 4.

Conclusión

Tanto la eutanasia como la ayuda al suicidio constituyen la última posibilidad de ejercer la autonomía personal para aquellas personas que deseen poner fin a una vida que, a su juicio, ha dejado de ser una posibilidad de placer y de bienestar para convertirse en fuente de sufrimiento por razón de enfermedad y de indignidad. De ahí que cada vez más sociedades de nuestro entorno cultural, en las cuales se valora enormemente el derecho de los ciudadanos a establecer por sí mismos qué constituye una vida dotada o no de suficiente dignidad, despenalicen las conductas denominadas *eutanasia* o *suicidio (medicamento) asistido*. Se trata de que los ciudadanos enfermos puedan manifestarse no solo acerca de las atenciones y cuidados sanitarios que desean o no recibir (mediante el consentimiento informado, los documentos de voluntades anticipadas y las decisiones de limitación del esfuerzo terapéutico, entre otros), sino que quienes así lo deseen y lo soliciten expresamente puedan contar con la ayuda de personas (médicos o no) que les faciliten el ejercicio de su autonomía personal cuando continuar viviendo sea, para algunas personas, causa de continuo e insoportable sufrimiento.

Fin de la vida. Regulación de la eutanasia y muerte digna

Mirentxu Corcoy

Introducción

La libertad, como valor central en nuestra sociedad, conlleva la preeminencia del principio de autonomía frente al paternalismo. Sin entrar en la discusión sobre la prevalencia de vida o libertad, siendo ambos derechos subjetivos fundamentales, las personas tienen derecho a ejercer su libertad en relación tanto con su salud como con su vida. Es cierto que el Estado tiene un deber de proteger la vida, conforme se establece en el artículo 15 de la Constitución española (CE) y, en general, en todas las constituciones modernas. No obstante, ese deber no supone un derecho a decidir sobre la vida de los ciudadanos sino a protegerla frente a ataques no queridos. La vida, en cuanto derecho subjetivo, debería estar a disposición de su titular sin que el Estado tenga la obligación y menos el derecho de protegerla contra la voluntad de aquel.

En relación con la eutanasia, ello conlleva que el ordenamiento jurídico debería proteger y colaborar en la decisión libre de poner fin a la vida. El texto constitucional establece un derecho a vivir pero no un deber de vivir. En los supuestos de eutanasia, al derecho a morir libremente se suma el derecho a morir dignamente y ello conlleva que sea necesaria una regulación que ayude a morir a quien quiere poner fin a su vida ya que, en ocasiones, la persona no puede hacerlo por sí misma y, en todo caso, esa ayuda supone que la muerte se produzca sin dolor y con dignidad.

En consecuencia, en el fin de la vida, los cambios sociales, unidos a los avances de la medicina, que permiten mantener la vida incluso de forma artificial, están provocando un cambio radical en la aplicación de la medicina e incluso en la ética y deontología médicas. Para el profesional médico ya no se trata únicamente de prolongar la vida, en la línea del juramento hipocrático, sino que se debe buscar el «bienestar físico y psíquico del paciente», incluso cuando lo que este desea es terminar con su vida. Todo ello ha conducido también a la necesidad de reformar las leyes e incluso los códigos deontológicos. En concreto, en el ámbito administrativo se han regulado legalmente los docu-

mentos de voluntades anticipadas, en base a los cuales la persona puede establecer, siempre que no esté prohibido, cómo quiere que sea el fin de su vida. En esta línea en Cataluña se promulgó la Ley 21/2000, de 29 de diciembre, sobre els Drets d'Informació Concernent la Salut i l'Autonomia del Pacient i la Documentació Clínica. Ley en la que se hace referencia por vez primera a los «documentos de voluntades anticipadas» y que, en gran medida, fue copiada por parte del Estado español, por la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en materia de Información y Documentación Clínica.

En el ámbito penal, en el Código Penal de 1995, se introdujo un cuarto apartado, en el artículo 142, relativo a la inducción y auxilio al suicidio, en el que se contempla la posibilidad de atenuar sustancialmente la pena en los supuestos en los que la ayuda a morir se produzca en el contexto de situaciones de eutanasia. En este punto hay que plantearse por qué razones este precepto no ha sido nunca aplicado en los quince años que lleva en vigor el nuevo Código. No es creíble que no se hayan producido casos de eutanasia e incluso el conocido caso Sampedro fue sobreseído, con el argumento totalmente falso de que se desconocía quiénes habían sido los autores. Paralelamente se suscitan debates en casos en los que no se trata de eutanasia en sentido estricto sino de retirada de tratamientos. Todo ello demuestra un gran fariseísmo y la pervivencia de planteamientos religiosos en un Estado teóricamente laico.

Protección penal en el final de la vida

La cuestión de fondo, que subyace a la problemática de la eutanasia, es si la eficacia del consentimiento del titular de un derecho fundamental debería de ser absoluta en todos los sentidos, es decir, tanto en la posibilidad de renunciar a ese derecho fundamental, como respecto de la decisión sobre la forma o medida en que el titular quiere disfrutar de ese derecho. Este principio parece que no debería ser discutido, puesto que la Constitución establece con meridiana claridad que la vida, la salud, la dignidad, la libertad, la seguridad, la intimidad y el honor son derechos fundamentales de la persona que deben de ser protegidos por los poderes públicos. Es decir, respecto del Estado, la Constitución no le otorga un derecho para proteger estos bienes jurídicos fundamentales sino exclusivamente un deber, por lo que debería entenderse que el mencionado deber de protección no existe cuando el titular no quiere ejercer ese derecho sino que, por el contrario, renuncia a él. Esta configuración de los derechos fundamentales, exclusivamente como un deber de los

poderes públicos de proteger los bienes jurídicos de las personas, que no lleva aparejado un derecho sobre ellos, determina que el propio titular del derecho es el único que tiene capacidad de decisión sobre cómo y en qué forma quiere ejercer ese derecho. Esto es así porque no se protege la vida en sí misma sino el interés por la vida que tiene su titular. Por consiguiente, en el supuesto de que este interés por la vida no exista, automáticamente decae el deber de protegerlo atribuido al Estado.

En todo caso, lo cierto es que la titularidad de derechos como la vida y la salud y el grado de disponibilidad sobre ellos ha sido y es objeto de discusión, discusión propiciada por la propia legislación penal. En general, se parte de la no disponibilidad de la vida y la salud, basando esta interpretación en la regulación que de los delitos contra la vida y la salud existe en el Código Penal. En el anterior Código Penal parecía evidente la ineficacia del consentimiento, o al menos la muy limitada eficacia, en relación con el bien jurídico vida, puesto que se castigaba no solo la inducción y el auxilio ejecutivo al suicidio sino incluso la mera complicidad, y no existía referencia alguna a los problemas del «homicidio» a petición en casos de eutanasia. En el Código Penal de 1995 se otorgó mayor eficacia al consentimiento, no solo porque ya no se castiga la mera complicidad en el suicidio, sino también porque aparece por primera vez una regulación expresa de la eutanasia, donde se prevén penas sustancialmente inferiores a las de la cooperación en el suicidio y en el que, además, se restringen las conductas típicas a la cooperación necesaria activa y a la cooperación ejecutiva, siendo discutible que realmente se pueda castigar, atendiendo al requisito de «directa», la cooperación necesaria.

Respecto de la protección penal de la salud, las modificaciones que se produjeron en el Código Penal de 1995, respecto al anterior, en relación con la eficacia del consentimiento, son similares a las previstas respecto de la vida, puesto que frente a una indisponibilidad total de la salud en la regulación anterior,¹ en el actual Código, al menos, está prevista una disminución de las penas en el supuesto en que medie el consentimiento libre por parte del lesionado. La relativa eficacia del consentimiento en relación con la disposición

¹ Un amplio sector doctrinal sostiene que cuando el artículo 15 CE declara que «todos tienen derecho a la vida» no se engendra a favor del individuo la facultad de disposición de su propia vida, sin justificar el porqué de este razonamiento. No obstante, otro sector doctrinal, entre los que podemos citar a QUERALT JIMÉNEZ, J.J., «La eutanasia: perspectivas actuales y futuras», *Anuario de Derecho penal y Ciencias penales (ADPCP)*, 41(1), 1988, pp. 115-136; CARBONELL MATEU, J.C., «Libre desarrollo de la personalidad y delitos contra la vida. Dos cuestiones: suicidio y aborto», *Cuadernos de Política Criminal (CPC)*, 45, 1991, pp. 661-672, afirma que el castigo de la eutanasia es inconstitucional por ser incompatible con la libre autonomía individual consagrada en la Constitución.

sobre la vida y la salud se ha fundamentado, tradicionalmente, a partir de concebir estos derechos fundamentales como bienes jurídicos en los que existe un componente supraindividual que determina la concurrencia de una obligación del Estado de protegerlo, en contra incluso de la voluntad de su titular.² Esta explicación carece de fundamento, por cuanto, si son bienes jurídicos personalísimos, el deber constitucional del Estado de protegerlos decae en el momento en que el titular del derecho declina esa protección.³ Otro motivo que abunda en la ausencia de fundamentos jurídicos que permitan adscribir un componente supraindividual a determinados bienes jurídicos personales lo encontramos en el hecho de que, careciendo también de base constitucional alguna, este componente supraindividual se predica, únicamente, respecto de la vida y la salud, considerando a disposición de su titular todos los demás bienes jurídicos fundamentales, sin que se ofrezcan razones válidas para este trato diferencial.⁴

Si la indisponibilidad, total o relativa, de la vida o la salud no puede fundamentarse en la Constitución, la razón por la cual en el Código Penal se limita la eficacia del consentimiento, en relación con la capacidad de disposición sobre estos bienes jurídicos, podemos encontrarla en la persistencia de valores éticos, o mejor religiosos, en el ámbito del Derecho y/o en razones de política criminal, derivadas de la dificultad de probar en muchos casos, especialmente cuando el bien jurídico del que se dispone es la vida, que el consentimiento del titular haya sido un consentimiento libre y válidamente emitido. Los problemas de prueba sobre la concurrencia de un consentimiento no viciado podrían justificar que en la regulación penal se parta de una presunción *iuris tantum* de ausencia de consentimiento libre y, en consecuencia, aun cuando sea con penas mínimas castigar a los partícipes, siempre que no exista prueba bastante de

² No se trata, por tanto, de un problema de justificación, entendiendo que se puede disponer de la vida cuando esta disposición entra en conflicto con el derecho a la libertad, afirmando que al ser la libertad el valor superior del ordenamiento jurídico, en la ponderación de intereses, la libertad prevalece sobre los demás.

³ Carece de fundamento la justificación de este diferente trato basándose en la distinción entre bienes jurídicos absolutamente espiritualizados (honor o intimidad) respecto de los que tienen un sustrato material (vida, salud e integridad corporal), de forma que ello justifica la consideración de los delitos contra la vida y la salud como delitos pluriofensivos, en los que se puede disponer de la parte que se desprende de la dignidad humana y no del sustrato material, en este sentido, TAMARIT SUMALLA, J.M.^a, *Comentarios a la Parte Especial del Derecho Penal* (dir. por G. Quintero Olivares; coord. por J. M. Valle Muñiz), Aranzadi, 2004, pp. 105 y ss.

⁴ En este sentido, ROMEO CASABONA, C.M., «El marco jurídico-penal de la eutanasia en el Derecho español», *Revista Facultad de Derecho*, Universidad de Granada, tomo I, núm. 12, 1987, pp. 189-205, afirma la ilegitimidad de la intervención de terceros sobre la base de la irrenunciabilidad del derecho a la vida.

su existencia. Este planteamiento no es posible *de lege lata*, dada la regulación del consentimiento en relación con la vida y la salud en el Código Penal, pero debería reconsiderarse *de lege ferenda* y otorgar eficacia al consentimiento aun cuando se requiera en estos casos una constancia clara de la concurrencia del consentimiento libre del titular. Problema distinto es la posibilidad de trasladar el ejercicio de la libertad de disposición de la vida o la salud a terceras personas,⁵ en todos aquellos supuestos en los que el titular no tiene capacidad de consentir válidamente. En todo caso, cualquier reforma que se proponga debe limitar la atipicidad de la conducta de los terceros a los supuestos en los que el titular del derecho sea quien efectivamente ostente la competencia sobre su propia muerte. Es decir, en principio, tanto la ayuda a morir como la no realización o retirada de tratamientos médicos, será irrelevante jurídico-penalmente cuando se lleve a efecto con el consentimiento del paciente. En los demás casos se debe partir de la prohibición y establecer un procedimiento que permita estas conductas en el caso concreto atendiendo a la que hubiera sido la voluntad del titular del bien jurídico. En ese momento son especialmente relevantes los documentos de voluntades anticipadas y, en mayor medida, si han sido dictados o modificados cuando a la persona ya se le ha diagnosticado la enfermedad que le está llevando a la muerte y conoce las consecuencias de este documento.

Ello es así porque, en principio, el ejercicio del derecho a la libertad tiene eficacia cuando su titular puede ejercerlo disponiendo de todos los bienes jurídicos de los que es titular y, en concreto, de su derecho a la vida y la salud. Esta conclusión afecta directamente a los problemas relativos a la eficacia del consentimiento en relación con el tratamiento médico-quirúrgico, tanto respecto del ejercicio del derecho a la vida como del derecho a la salud. En el caso del ejercicio del derecho a la vida se plantea la posibilidad de que, si efectivamente el ejercicio de ese derecho corresponde exclusivamente a su titular, la plena eficacia de ese ejercicio requiere reconocer también un derecho a morir⁶ junto

⁵ En sentido contrario, las SSTC 120/90, de 27 de junio y 137/90, de 19 de junio, niegan que de la Constitución pueda extraerse la existencia de un derecho a morir, dado que la incompatibilidad implícita de los conceptos vida y muerte obliga a interpretar que en la Constitución solo se protege el ejercicio del derecho a la vida; al respecto véase DÍEZ RIPOLLÉS, J.L., y GRACIA MARTÍN, L., *Delitos contra bienes jurídicos fundamentales*, Valencia: Tirant lo Blanch 1993, pp. 254 y ss., que argumentan las razones por las cuales no puede hablarse de un derecho a morir protegido constitucionalmente.

⁶ En este sentido, ROMEO CASABONA, C.M., «El marco jurídico-penal de la eutanasia en el Derecho español», *op. cit.*, niega la existencia de un deber de vivir.

a la inexistencia de un deber de vivir,⁷ máxime cuando con ese derecho se pretende ejercer también el derecho a la dignidad, en los supuestos en los que el mantenimiento de la vida atenta claramente contra ella.

Presupuesto esencial para la eficacia del consentimiento es su naturaleza. Para que la disposición por parte de su titular de un bien jurídico personal sea eficaz es necesario que se trate de un consentimiento libre y válidamente emitido. La libertad y validez del consentimiento plantean problemas especialmente en tres ámbitos. En primer lugar, en relación con la disposición sobre la propia vida que, junto a los problemas teóricos que se suscitan, especialmente por parte de quienes defienden que el suicidio nunca es libre,⁸ plantea otros de índole práctica de difícil solución, por cuanto para la valoración sobre la validez de ese consentimiento no se podrá contar con el testimonio del titular. La dificultad de prueba de la libertad del consentimiento en estos casos aconseja que el legislador tenga un especial cuidado a la hora de legislar en materia de suicidio y eutanasia, sin que, como decíamos, sea válido optar por una presunción *iuris et de iure* de ausencia de consentimiento. Otra cuestión problemática en relación con el consentimiento, tanto respecto de la vida como de la salud, es que su validez depende de la información que el titular del derecho tenga sobre el objeto de consentimiento, pues solo con una información adecuada podrá el titular prestar un consentimiento válido. En tercer lugar, la validez del consentimiento plantea problemas en relación con cuándo se entiende que una persona tiene capacidad de consentir respecto del ejercicio de sus bienes jurídicos fundamentales. En particular, el problema es especialmente relevante respecto de la eficacia del consentimiento prestado por menores e incapaces.⁹ Una postura simplista nos llevaría a afirmar que la capacidad de consentir debe estar sujeta a las reglas del Derecho civil. Sin embargo, cuando están en juego

⁷ Por ello, los planteamientos aquí defendidos requieren partir de la postura contraria, definida con gran clarividencia por TORÍO LÓPEZ, A., «Estudio de la reforma de los delitos contra la vida (parricidio-asesinato)», en *Repercusiones de la Constitución en el Derecho Penal. Algunos problemas específicos*, Bilbao, 1983, cuando afirma que el suicidio «es la muerte querida por una persona imputable».

⁸ En sentido similar, DEL ROSAL BLASCO, B., «El tratamiento jurídico-penal y doctrinal de la eutanasia en España», en DÍEZ RIPOLLÉS, J., y MUÑOZ SÁNCHEZ, J. (coords.), *El tratamiento jurídico de la eutanasia. Una perspectiva comparada*, Valencia: Tirant lo Blanch 1996, pp. 63 y ss., entiende que, dada la trascendencia y gravedad que reviste la disposición de la propia vida y la obligación del Estado de proteger la vida, se podría exigir que el sujeto para disponer libremente de la vida fuera plenamente consciente.

⁹ En Holanda, la ley sobre la eutanasia, de 1 de abril de 2002, establece que, respecto a los mayores de 16 años, la voluntad de los padres no desempeña papel alguno, requiriéndose el consentimiento de los padres en los menores de 16 años. En el mismo sentido, el artículo 9.3. c) L 4172002, establece que a partir de los 16 años cumplidos, el consentimiento informado no será por representación.

bienes jurídicos tan esenciales como la vida, la salud, la intimidad..., la solución correcta no es tan sencilla. Los menores e incapaces son personas y, en cuanto tales, se les debe permitir ejercer sus derechos en la medida en que se pueda constatar su capacidad natural de consentir.¹⁰ En este sentido, como veremos, en Bélgica ya se ha regulado la eutanasia respecto de menores.

Presupuesto de la legitimidad de la ayuda a morir

De acuerdo con los criterios establecidos acerca del fundamento de la disponibilidad de los bienes jurídicos personalísimos, es evidente que, como presupuesto esencial de cualquier actuación que pueda suponer no ya la muerte, sino incluso una disminución de las probabilidades de vida, aquella solo será legítima cuando su titular así lo desee. Por consiguiente, hay que diferenciar claramente las conductas llevadas a efecto sin el consentimiento del paciente, y mucho más contra su voluntad, de aquellas expresamente solicitadas por este. Las actuaciones contrarias a la voluntad del paciente serán delictivas en todo caso. Entiendo que ni siquiera es legítimo imponer o retirar un tratamiento porque el facultativo considere que esa conducta es la más adecuada atendiendo a criterios de *lex artis*,¹¹ excepto que exista peligro para la salud pública y en situaciones de urgencia, y siempre que no sea posible obtener autorización. Respecto de los llamados tratamientos «fútiles», en cuanto no sirven a una mejoría real del enfermo, entiendo que no puede negarse sin más su aplicación y que, en todo caso, se podrían limitar por razones de distribución de recursos sanitarios en la sanidad pública.¹² Cuestión diferente es que en esos casos deba explicarse, si cabe con mayor claridad, la situación al enfermo y a sus familiares. Diferente es si se considera tratamiento fútil aquel que no solo no puede producir mejoría real sino ni siquiera aparente por enfrentarse el paciente directamente a la muerte, como sucede, por ejemplo, en los casos de fracaso multiorgánico. Esta situación es flagrante en los supuestos de coma vegetativo persistente, en los que realmente sería necesaria una regulación análoga a la prevista

¹⁰ A este tema he dedicado otro trabajo titulado: «El tratamiento del secreto y el derecho a la intimidad del menor. Eficacia del consentimiento», *Cuadernos de Derecho Judicial*, 12 (ejemplar dedicado a: *Protección de menores en el Código Penal*, dir. por J.L. JORI TOLOSA), Madrid 1998 (publicado en noviembre de 1999).

¹¹ Cuestión diferente es que, sobre todo cuando hablamos de sanidad pública, un determinado tratamiento no pueda llevarse a efecto por razón de la distribución de recursos.

¹² Artículo 9.2.a) y b) L 41/2002.

en la Ley del Trasplante y Donación de Órganos,¹³ estableciendo cuándo debe declararse situación de muerte clínica y, en consecuencia, retirarse los tratamientos establecidos.

En los casos en los que no hay consentimiento del paciente hay que diferenciar aquellos en los que se puede conocer la voluntad del paciente, ya sea directamente, ya sea a través de un documento de voluntades anticipadas, de los supuestos en los que el paciente no tiene capacidad de consentir. En el primer caso, el facultativo antes de actuar está obligado a conocer cuál es la voluntad del paciente expresada en dicho documento. En el segundo, la situación es diferente y en la actualidad la única referencia legal con la que contamos, establecida ya en la Ley General de Sanidad y confirmada en la Ley 41/2002, antes citada, es la remisión al consentimiento otorgado por la familia, aun cuando en el artículo 9.5 de esta ley se establece cierta limitación del consentimiento por representación, al afirmar: «La prestación del consentimiento por representación será adecuada a las circunstancias y proporcionada a las necesidades que haya que atender, siempre en favor del paciente y con respeto a su dignidad personal. El paciente participará en la medida de lo posible en la toma de decisiones a lo largo del proceso sanitario». Siendo discutible que este consentimiento por sustitución sea válido en los casos de retirada de tratamientos o no establecimiento de estos, es seguro que no debería ser eficaz en una eventual regulación que permitiera la eutanasia directa, al menos sin la intervención de terceros, profesionales y objetivos, que valoren si con esa decisión realmente se actúa «en favor del paciente y con respeto a su dignidad personal».

De lo anterior se desprende que es necesario diferenciar entre las diversas formas de eutanasia. Aun cuando la diferenciación entre eutanasia activa, activa indirecta y pasiva haya sido muy discutida, lo cierto es que desde una perspectiva legal es necesaria. Es más, pienso que cuando se afirma que eutanasia es únicamente la activa y directa y que no es eutanasia, por ejemplo, la indirecta, como sería el caso de las «sedaciones terminales», creo que se está llevando a efecto un «fraude de etiquetas». La prueba de esta afirmación, así como la necesidad de llamar eutanasia a la activa indirecta y pasiva, la encontramos en que cuando el paciente no tiene capacidad de consentir se reproduce la discusión en el ámbito de la eutanasia. El concepto «eutanasia» abarca la causación —eutanasia activa directa—, aceleración —eutanasia activa indirecta— y no evitación —eutanasia pasiva— de la muerte, siempre que el paciente desee esa

¹³ Ley 30/1979, de 27 de octubre, y Real Decreto 2070/1999, de 30 de diciembre, sobre los requisitos para autorizar el trasplante de órganos.

muerte. Cuestión distinta es el diferente tratamiento legal que debiera recibir cada una de ellas.

Eutanasia activa directa supone intervenir con una conducta que provoca directamente la muerte de una persona que lo ha solicitado por sufrir una enfermedad incurable y dolorosa o terminal. Esta intervención activa en la muerte de otra persona es la que, en principio, está prohibida. El problema estriba en determinar en qué casos estará permitida la intervención de terceros en la muerte de un enfermo grave e incurable que lo solicita, así como en diferenciar la eutanasia activa directa de la eutanasia pasiva y la activa indirecta. También es problemática la relevancia jurídica de la eutanasia, sea cual sea la modalidad, frente a sujetos incompetentes, en cuyo caso se deberá acudir al consentimiento presunto o previo, ya sea con carácter indiciario o determinante.

Como eutanasia activa indirecta se califican los supuestos en los que la actuación del facultativo está dirigida a disminuir el dolor, sabiendo que ese tratamiento acorta sustancialmente la vida de esa persona. El problema esencial es determinar cuándo una conducta se puede calificar de eutanasia activa directa o únicamente como eutanasia activa indirecta. En particular, el problema se advierte claramente en los supuestos de sedación terminal, que provocan una situación letárgica de coma, o la administración de fármacos cada vez más fuertes que causan la muerte en muy breve tiempo. Ambos supuestos, en general, se consideran eutanasia activa indirecta, por lo que cabe preguntarse ¿qué diferencia cualitativa existe entre esta conducta y la de poner una inyección que provoque instantáneamente la muerte? ¿No atenta más gravemente a la dignidad del paciente quedar en coma? Por ello no es muy comprensible que, mientras la eutanasia activa indirecta carece de relevancia penal, con la actual regulación, siempre que por supuesto concurra el consentimiento del paciente, la eutanasia activa, en sentido estricto, está prohibida penalmente en todos los casos. Asimismo es discutible aceptar que la ley, en los casos de eutanasia activa indirecta, en cuanto se considere que no se trata de eutanasia, confiera a los familiares la disposición sobre un bien jurídico como la vida, siendo una decisión irreversible, sin ulteriores matizaciones.

Una situación límite la plantean los cuidados paliativos que, aun cuando siempre tienen como finalidad evitar el dolor, en general, aceleran también el advenimiento de la muerte. Por esta razón en todas las modalidades de eutanasia es necesario regular un procedimiento que asegure una actuación conforme al mejor interés del paciente, estableciendo cuál hubiera sido la voluntad del paciente, es decir, llegar a establecer el consentimiento presunto. La necesidad de acudir en la medida de lo posible a la voluntad presunta del paciente para establecer las pautas de conducta asistencial se deriva de la irrelevancia penal

de la eutanasia activa indirecta, cuando concurre el consentimiento del paciente, y se fundamenta en el hecho de que esa conducta supone el ejercicio por parte del paciente de su derecho a la salud, concebida esta en el sentido de libre desarrollo de la personalidad. Este ejercicio de la libertad es el que se produce respecto de todos los tratamientos que pretenden paliar el dolor, aun cuando, evidentemente, tengan un efecto de acortar la vida, incluso a muy corto plazo. En todo caso debe tratarse de conductas dirigidas a paliar el dolor que, aun cuando no sirvan para alargar la vida, sí sirven para mejorar la salud —en el sentido de salud subjetiva.

Por eutanasia pasiva se entiende la no realización o la retirada de tratamientos médicos curativos e, incluso, se abarca en este término los cuidados paliativos, aun cuando, como se advertía, algunos de estos se encuentran más cerca de la eutanasia activa indirecta. La eutanasia pasiva, en cuanto, por definición, únicamente debería incluir conductas omisivas, no puede acarrear responsabilidad para el facultativo, siempre y cuando se cuente con el consentimiento o, mejor dicho, con la solicitud del paciente, por cuanto el concepto de salud defendido posibilita a este no solo elegir la terapia que desde su concepto de salud considere más adecuada, sino también para rechazar cualquier tratamiento.¹⁴ Como eutanasia pasiva se conciben también los supuestos de interrupción de un tratamiento e incluso la desconexión del reanimador, por cuanto, desde la perspectiva del Derecho penal, esos supuestos, aun cuando requieran una conducta activa del facultativo, desde una perspectiva naturalística no pueden calificarse como conducta comisiva de homicidio ni de auxilio ejecutivo a la muerte. Desde la perspectiva de la teoría del delito son atípicos, por cuanto no se crea un nuevo riesgo sino que se abandona el control de un riesgo existente, es decir, omisión que solo se equipararía a la comisión cuando existiera una obligación del facultativo de controlar ese riesgo, obligación que no concurre cuando el paciente rechaza este tratamiento. La irrelevancia penal de las conductas omisivas se fundamenta en que, cuando el sujeto desea morir desaparece cualquier obligación que terceros pudieran tener de mantenerle con vida. Requisitos esenciales de la relevancia jurídico-penal de la omisión es la existencia de un deber jurídico de actuar, deber jurídico que en estos casos, de acuerdo

¹⁴ En este sentido, el requisito del consentimiento informado es presupuesto necesario para la legitimidad de cualquier intervención médica, artículo 10 LGS y, además, se califica como principio básico de cualquier actuación médica en el artículo 2 de la Ley 41/2002, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, que asimismo regula ampliamente los requisitos del consentimiento informado en el capítulo IV, relativo a la autonomía del paciente, del mismo cuerpo legal.

con la redacción del artículo 143 CP, no concurre. Diferentes son los supuestos en los que el paciente no desea morir, puesto que en ese caso la inactividad del facultativo podría ser calificada de delito de omisión pura, de denegación o abandono de asistencia facultativa (art. 196 CP), e incluso de homicidio en comisión por omisión (art. 138 CP), en relación con el artículo 11 CP, siempre que el facultativo estuviera en posición de garante y la muerte pudiera ser evitada. Esta interpretación encuentra apoyo legal directo en el propio Código Penal (art. 196), en el que se castiga la denegación de asistencia facultativa y donde se equipara la denegación de auxilio con el abandono de un tratamiento ya iniciado, calificando ambos como omisión.

En relación con la calificación como omisiva y comisiva, con las diferentes consecuencias legales que entraña, se plantea también la cuestión sobre qué se entiende por tratamiento. En este sentido, algunos profesionales médicos consideran que la alimentación parenteral, la hidratación, etc., no son tratamiento y que, por consiguiente, están obligados en todo caso a mantenerlos y, en mayor medida, se niegan a la retirada de la respiración asistida, considerando de forma errónea que ello está prohibido. En este punto es dramática la situación que han sufrido los padres de una niña de doce años que llevaba diez años conectada a un respirador. Pese a la petición de los padres y de su médico, el servicio de pediatría impedía la desconexión y se hubo de llegar al juez para conseguir que la autorizara. Supuestos como este se producen en muchos países y es difícil entender la ausencia de sensibilidad para evitar ese sufrimiento.

En el mismo sentido que se afirmaba respecto de la eutanasia activa indirecta, la eutanasia pasiva, en los supuestos en los que no exista una petición seria, expresa e inequívoca del paciente, tendrá relevancia penal siempre que existan posibilidades de salvar la vida de esa persona. Aun cuando en menor medida, en estos casos también es discutible la previsión legal de otorgar a los familiares la facultad de decidir sobre la vida y la muerte de una persona, cuando existe una probabilidad razonable de salvar la vida con la intervención médica. Por ello, en ausencia de consentimiento, siempre que existan posibilidades de salvación debería seguirse el mismo procedimiento que, en su caso, se prevea para la eutanasia activa, directa o indirecta. Es decir, se trataría igualmente de construir el consentimiento presunto al que ya se ha hecho referencia.

Regulación de la eutanasia en el Código Penal español

En el Código Penal de 1995 se regularon, por vez primera en nuestra legislación penal, determinados supuestos de eutanasia. Esta regulación permite, por un

lado, definir los supuestos en los que la ayuda a morir está permitida, en cuanto no está prohibida, y, por otro, nos obliga a interpretar hasta dónde llega el alcance de la prohibición. En la primera dirección se advierte que los supuestos de eutanasia pasiva y eutanasia activa indirecta quedan claramente fuera del alcance de la prohibición y que, por consiguiente, están permitidos. Con anterioridad a la entrada en vigor del Código Penal, a partir del desarrollo de los derechos fundamentales de libertad y dignidad, y muy especialmente del concepto de salud, entendido como ejercicio del libre desarrollo de la personalidad, se había defendido y, en la práctica, aceptado, que tanto la eutanasia pasiva como la eutanasia activa indirecta no eran típicas, en cuanto en estos dos supuestos el sujeto no perseguía el morir como meta sino que defendía, por el contrario, su calidad de vida, como expresión de la dignidad humana, ejerciendo su derecho a la libertad y a la salud, entendida esta desde un punto de vista subjetivo de alcanzar las condiciones psíquicas y físicas que le permitieran el correcto desarrollo de su personalidad.

La irrelevancia penal de la eutanasia activa indirecta en el Código Penal se encuentra respaldada positivamente por la introducción de un cuarto apartado en el artículo 143 CP, en el que se regula la participación en el suicidio.¹⁵ Para que la ayuda a morir se califique conforme al artículo 143.4, y no dentro de los casos de suicidio, se requiere la concurrencia de elementos objetivos y subjetivos. Elemento típico objetivo es, esencialmente, que la víctima sufra una enfermedad grave. Para que esta enfermedad grave constituya un elemento típico ha de reunir a su vez una de las dos características siguientes: ser mortal —conducir necesariamente a la muerte— o producir graves padecimientos permanentes y difíciles de soportar. Como elemento subjetivo se requiere la «petición seria e inequívoca» de la víctima, es decir, no es suficiente el consentimiento sino que es necesaria la petición. La concurrencia de estos elementos, objetivo y subjetivo, configura la situación típica que diferencia estos supuestos de los de suicidio, lo que, a su vez, fundamenta el diferente tratamiento jurídico que reciben una y otra. La diferencia es doble: por un lado, en la eutanasia se limitan los supuestos en los que la intervención de terceros es típica y, por otro, se rebajan sustancialmente las penas.

Lógicamente, en relación con la eutanasia no se recoge el supuesto de inducción, que sí está previsto para el suicidio, porque uno de los presupuestos de aquella es la «petición seria e inequívoca de la víctima», elemento que no se

¹⁵ La modificación esencial, en relación con la participación en el suicidio, respecto del anterior Código Penal es la atipicidad de la complicidad al suicidio, castigándose únicamente la inducción, la cooperación necesaria y el auxilio ejecutivo.

daría en los supuestos de inducción, que requieren que sea el autor quien haga surgir la resolución de matarse en la víctima. Respecto de las otras formas de intervención, resulta patente que en la eutanasia no se castigan las colaboraciones omisivas, lo que respalda la idea, a la que nos hemos referido anteriormente, de la impunidad de la eutanasia pasiva. La irrelevancia penal de los supuestos omisivos se deduce directamente de los verbos típicos utilizados «causar» y «cooperar activamente». La discusión se debe centrar, pues, en sí, con la actual redacción del artículo 143.4 CP, se castigan los supuestos de cooperación necesaria activa o, en realidad, únicamente los de causación de la muerte por terceros. Sobre la validez de esta interpretación carecemos de resolución jurisprudencial alguna, pero pienso que tiene un apoyo positivo en la interpretación sistemática del concepto de cooperación previsto en el artículo 143.4 CP, respecto del concepto de cooperación necesaria previsto en el artículo 28 b) CP y en el propio artículo 143.2 CP. En los supuestos de eutanasia, respecto de ambos conceptos de cooperación necesaria, se introducen dos requisitos suplementarios: «activamente» y, de manera especial, «directa». En consecuencia, el elemento «activamente» nos sirve para excluir todos los supuestos de cooperaciones omisivas, exclusión a lo que ya hicimos referencia y que no suscita especiales problemas.

Desde mi punto de vista, la exigencia de que la cooperación sea «directa» está estrechamente relacionada con los problemas político-criminales que suscita la prueba de la existencia de un consentimiento válidamente emitido en estos supuestos y debe entenderse que el legislador trata de obligar al titular del derecho a que ejercite personalmente su derecho a disponer de él, sin que pueda trasladar la decisión última a terceros. Una interpretación sistemática del Código Penal sobre cuál es el significado que puede atribuirse al término «directo», nos lleva a la única institución penal en la que está previsto este requisito: la tentativa. La exigencia de que para que exista tentativa el autor tiene que haber iniciado la ejecución, para diferenciarla de los actos preparatorios, se ha estudiado o fundamentado, precisamente, a través del concepto de «directamente». «Directamente» se ha interpretado tradicionalmente¹⁶ en el sentido de que no debe haber ningún paso intermedio entre la conducta realizada por el autor y la conducta ejecutiva.¹⁷ En los supuestos en los que la intervención de terceros requiera de la posterior de otra persona, en este caso del paciente,

¹⁶ Por todos, JORGE BARREIRO, A.; RODRÍGUEZ MOURULLO, R., *Comentarios al Código Penal*, Civitas, 1997.

¹⁷ Cf. MIR PUIG, S., *Derecho Penal. Parte General*, 9.^a ed., 2011, p. 340, afirma que el adverbio «directamente», previsto en el artículo 16.1 CP para la tentativa, supone la exigencia de que «no falte ninguna

que llevaría a efecto la conducta ejecutiva, sería discutible que la conducta de esos terceros sea relevante penalmente puesto que no es «directa» en relación con la conducta de matar. Entre la intervención del tercero y la muerte del paciente existe una fase intermedia consistente precisamente en la realización de una conducta por parte de este, conducta que sí está directamente relacionada con la causación de la muerte y que requiere de la voluntad expresa del «autor-víctima».

El porqué el legislador se queda en ese punto y sigue castigando los supuestos en los que son terceros quienes «directamente» causan la muerte puede explicarse, tanto desde la perspectiva de los derechos fundamentales como, especialmente, desde un punto de vista criminológico y político-criminal o, desde otra perspectiva, religioso. Desde los derechos fundamentales, en el caso de la disposición sobre la vida, basándose en la irreversibilidad se puede exigir que solo su titular pueda ejercer esa facultad de disposición. También desde esa perspectiva, pienso que del derecho a la vida establecido por la Constitución no se puede extraer la existencia de un derecho a morir, lo que determina que no se pueda cargar sobre terceros el deber de cumplir con ese derecho. No obstante, en mi opinión son motivos político-criminales y criminológicos los que explican la reticencia del legislador a legitimar la eutanasia activa directa, no solo en España, sino en la casi totalidad de los países. Sabemos que existen supuestos en los que al paciente le es totalmente imposible tomar esa decisión última sobre su propia muerte, pero al legislador le es muy difícil contemplar estos supuestos de forma específica sin caer en una técnica casuística siempre criticable, y, por consiguiente, la atipicidad general de la eutanasia activa excluiría el castigo en todos los casos de muertes en situaciones de enfermedad grave. La cuestión es especialmente conflictiva por el problema de probar la existencia de un consentimiento serio e inequívoco, por cuanto no podemos contar con el testimonio del fallecido para ratificar su consentimiento.¹⁸ No hay que olvidar que la ley va dirigida a todos y, por consiguiente, permitiría a todos realizar conductas de eutanasia activa. Incluso cuando se limitase la realización de esas conductas a los facultativos, no podemos permitirnos presumir que todas aquellas personas que pueden decidir cuándo y cómo debe de morir una persona son ciudadanos conscientes, buenos, dignos, aunque sean profesiona-

fase intermedia entre el acto de que se trate y la estricta realización de alguno o todos los elementos del tipo proyectado».

¹⁸ Es cierto que con la regulación actual, y precisamente por la prohibición general de la eutanasia activa, tenemos casos en los que se cuenta con un testamento evidente de la voluntad de la víctima, pero ello no sería así en el momento en que se legislase a favor de ella.

les de la medicina. En consecuencia, pienso que es mejor acudir a una justificación individual de esos supuestos concretos en los que al paciente no le es posible tomar la decisión última, antes que permitir la ayuda a morir directa y ejecutiva de forma generalizada.

Otro de los aspectos importantes de la regulación del Código Penal son las penas que podrían llevar aparejadas las conductas de eutanasia activa. En el caso de la cooperación necesaria, activa y «directa», las penas irían de un año a seis meses de prisión, y, en el caso de la eutanasia ejecutiva, es decir, de la causación de la muerte por terceros, la pena sería de un año y medio a tres, sin contar con que, en ambos casos, existe la posibilidad de aplicar una atenuante muy cualificada, en los supuestos de los que realmente estamos hablando, de obrar por causas o estímulos poderosos, artículo 21.3.º, o en su caso, si los estímulos no han producido obcecación, por la analógica del apartado 6.º, que es la que se aplica por la jurisprudencia en los supuestos de motivos altruistas, lo que nos llevaría a la imposición de una pena de multa. Con ello no quiero afirmar que sea lo adecuado, ya que entiendo que la eutanasia activa no debe ser jurídico-penalmente relevante; lo que trato de evidenciar es que el propio legislador ha considerado el menor desvalor de estas conductas.

Regulación legal de la eutanasia en nuestro entorno jurídico

Si examinamos las regulaciones que sobre la eutanasia existen en nuestro entorno cultural, generalmente nos referimos a Holanda. La regulación holandesa, en particular, la Ley, de 1 de abril de 2002, de comprobación de la finalización de la vida a petición propia y del auxilio al suicidio, permite también la eutanasia activa, en sentido estricto, aun cuando, como ya se advertía, la distinción entre eutanasia activa directa e indirecta es, en muchos casos, imposible. En este sentido, en Holanda afirman que ni el uso de una medicación cada vez más fuerte que acelere la muerte, ni tampoco la sedación terminal se consideran eutanasia y, por consiguiente, no requieren el procedimiento y los controles de esta. De acuerdo con la ley holandesa, los enfermos incurables pueden pedir a su médico morir, con la condición de que otro médico ratifique que se encuentran en el final de su vida o en una situación de necesidad sin esperanza. Requisitos necesarios son la estrecha vinculación entre el médico y el paciente, la consulta a un médico independiente e informar del caso al médico forense y al Comité de revisión regional. Esta posibilidad de solicitar la muerte se extiende también a los menores, hasta los 16 años, mientras que en el caso de que sean menores de 16 años necesitan el consentimiento de los padres.

En todo caso, antes de la entrada en vigor de la ley en Holanda existía ya una práctica normalizada de la eutanasia, basada jurídicamente en la justificación de la conducta por estado de necesidad, y apoyada y promovida por la organización Support and Consultation on Euthanasia in the Netherlands (SCEN). El problema que se ha planteado en Holanda, y que ha provocado graves críticas a esta regulación, es que, aun cuando oficialmente en 2003 la cifra de eutanasias practicadas es de 1.815, se cree que el número es muy superior. No obstante, las mayores dificultades surgen por la existencia de la duda sobre si se han practicado eutanasias sin consentimiento del paciente y si, en otros casos, este consentimiento se debe a situaciones sociales difíciles o de soledad del paciente. Por esta razón, a comienzos de 2005, la Real Academia de Medicina Holandesa (KNMG) ha creado una comisión para que investigue la situación surgida a partir de la ley. Es posible que algunos de estos problemas se deriven de lo que he denominado «fraude de etiquetas» entre lo que se califica de eutanasia activa directa e indirecta.

En Bélgica, tras un amplio debate social, entró en vigor la Ley de 28 de mayo de 2002, que plantea una situación análoga a la holandesa.¹⁹ En ambos casos se define eutanasia como la muerte a petición de una persona que sufre una enfermedad incurable y en ambos se cuenta con una Comisión multidisciplinar (8 médicos, 4 juristas y 4 personas cercanas al paciente) y pluralista para controlar la aplicación de la ley. No obstante, los resultados en Bélgica no son los mismos que en Holanda, presumiblemente por las características diversas de estas dos sociedades, tan cercanas geográficamente y tan alejadas en otros aspectos. Ello es así porque el procedimiento es complejo y las decisiones se fundamentan en la concurrencia o no, en el caso concreto, de una situación de necesidad, es decir, se basa en la concurrencia de una causa de justificación, de un conflicto de derechos y deberes sobre el que finalmente tienen más capacidad de decisión los facultativos que el propio paciente. No obstante, aun cuando en un primer momento su aplicación fue muy deficiente, en la actualidad se está aplicando correctamente y se ha ampliado contemplando la posibilidad de que también los menores pueden optar por una muerte digna, a través de una Ley de 12 de febrero de 2014, en la que se introduce un número mayor de garantías que en los supuestos de adultos, basándose en la menor capacidad de consentir libremente de los menores.²⁰

¹⁹ http://www.ejustice.just.fgov.be/doc/rech_f.htm (versión en francés).

²⁰ Loi modifiant la loi du 28 mai 2002 relative à l'euthanasie, en vue d'étendre l'euthanasie aux mineurs. En vigor desde marzo de 2014. Consúltese en: http://www.ejustice.just.fgov.be/doc/rech_f.htm (versión en francés).

Si en España existiera un consenso social y, muy especialmente, un cambio de paradigma y sensibilidad de los profesionales médicos, la solución belga es factible con nuestro Código Penal aplicando en estos casos la causa de justificación de estado de necesidad (art. 20.5.º CP), o la causa de exclusión de la culpabilidad de miedo insuperable (art. 20.6.º CP), tal y como, en su momento, se utilizó en relación con el aborto. Al respecto, hay que tener en cuenta que a partir de la entrada en vigor del artículo 143.4.º del Código Penal, en España la mayoría de los supuestos de ayuda a morir están permitidos y, sin embargo, no se ha producido ni un debate social ni un cambio en la percepción de la situación ni por parte de la gran mayoría de los juristas ni de los médicos. Tanto es así que muchos profesionales sanitarios siguen considerando que está prohibida la desconexión de un reanimador y, por otra parte, siguen sin entender que la diferencia sustancial para que una conducta carezca de relevancia penal no se fundamenta en la forma de actuación sino, básicamente, en el consentimiento del paciente.

La situación que se ha planteado en Suiza es en gran medida diferente. Suiza es de los pocos países en los que existe una regulación penal de la participación en el suicidio, puesto que en otros países, la ayuda al suicidio se califica como homicidio, en unos casos atenuado, como en Alemania, que tiene la figura del homicidio consentido y piadoso, y en otros cualificado como asesinato, como sucede en la mayoría de los estados de Estados Unidos o en Francia, por poner dos ejemplos. Desde 1942, en Suiza la posibilidad de ayudar a morir se ha «permitido» a través de una interpretación del artículo 115 del Código Penal suizo, que castiga la prohibición de la inducción y la ayuda al suicidio, limitándola al mismo tiempo, en el sentido de que solo será típica la conducta cuando se lleve a efecto «por motivos egoístas». *A contrario sensu*, la ayuda a morir, siempre que se haga por motivos altruistas, se ha venido interpretando que estaba permitida, pero no ha sido hasta el 11 de diciembre de 2001 cuando el Consejo Nacional legitimó esta práctica. Con anterioridad a ello la organización EXIT-DMD llevaba muchos años practicando la eutanasia. Se considera que en la actualidad colabora en que se produzcan anualmente en Suiza un promedio de 300 ayudas a morir. Hay que advertir que la regulación Suiza solo permite la ayuda a morir entendida como eutanasia pasiva y activa indirecta, mientras que la eutanasia activa directa se considera homicidio doloso. Este tratamiento tan desigual de la eutanasia directa e indirecta que, como reiteradamente hemos puesto de relieve, en su fundamento son idénticas, no está justificado.

Independientemente de los problemas enunciados, lo cierto es que un estudio sociológico de nuestro entorno cultural evidencia que, con el nivel al que

ha llegado la medicina, es necesario regular la posibilidad de que las personas que se encuentran en unas circunstancias determinadas puedan solicitar tanto la eutanasia activa directa, como la eutanasia activa indirecta, como, por supuesto, los cuidados necesarios para aminorar el sufrimiento —eutanasia pasiva—. Esta necesidad se advierte incluso en Alemania, país que por razones históricas (eutanasias criminales llevadas a efecto por los nazis) hasta el momento no se había planteado en serio este problema, en la actualidad un 70% de la población considera que se debe ayudar a morir a los enfermos sin esperanza que lo soliciten.²¹

Ello no obstante, subsisten dificultades que parecen casi insalvables en cuanto toda la justificación se fundamenta en el consentimiento del paciente, lo que deja fuera de toda esta regulación permisiva una gran mayoría de los casos. Junto a los menores, ¿qué sucede con los enfermos de Alzheimer y, en general, con personas que sufran y hayan perdido la capacidad de consentir libremente? En ese punto entiendo que sería necesario que ante diagnósticos que hagan prever que se produzca esa situación de ausencia de capacidad de consentir, el médico informe al enfermo de la cuestión y de la posibilidad de realizar un documento de voluntades anticipadas. Cuestión diferente son los supuestos de coma irreversible, ya que en ellos, una vez diagnosticado con total seguridad, se constate la muerte y se les desconecte.

Conclusiones: propuestas para una reforma de la regulación legal de la eutanasia

El hecho de que contemos con una regulación penal de la eutanasia que en algunos aspectos es positiva, no excluye que esta debe ser mejorada y que las penas, aun cuando en principio sean muy leves, lo cierto es que suponen un reproche de una conducta que debería ser valorada positivamente. Por ello es necesario diferenciar claramente los supuestos que serían jurídico-penalmente irrelevantes y cuándo sigue siendo necesaria la intervención penal. Asimismo, en esta nueva regulación sería conveniente introducir expresamente una referencia a los documentos de voluntades anticipadas, puesto que calificar como «petición seria, expresa e inequívoca» la existencia de un documento de esta naturaleza es forzar en exceso el alcance de una interpretación extensiva. De igual manera, la reforma debería alcanzar a la actual regulación de los referidos

²¹ De este porcentaje, un 60% se declaran protestantes y un 68% católicos.

documentos, puesto que mientras que el límite relativo a que «no sea contrario al ordenamiento jurídico» cambiaría automáticamente al modificarse este, continuaría existiendo el problema relativo al otro requisito que la ley establece para la validez de estos documentos, que no sean contrarios a la *lex artis*. Entiendo que este límite debería suprimirse, puesto que con una correcta regulación de la eutanasia no debería ser posible que una conducta ajustada al ordenamiento jurídico fuese contraria a la *lex artis*. Por el contrario, mantener este límite supone otorgar derechos a los facultativos, en orden a decidir sobre la vida de una persona, que no se ajustan al fundamento del ejercicio de este derecho.

Bien es cierto que en muchos casos no se contará con una voluntad expresa del paciente, incluso cuando exista un documento de voluntades anticipadas, por ejemplo, si este se otorgó hace muchos años, o no es claro o nombra un representante con el que no se pueda contar, etc. En todos estos supuestos, la cuestión es compleja, puesto que remitirnos a la sustitución del consentimiento del paciente por el consentimiento de la familia, no me parece adecuada, al menos sin excepciones y límites. Por ello, esta propuesta legislativa debe alcanzar tanto a la regulación penal de la eutanasia en el Código Penal como a la Ley 41/2002, reguladora de los Derechos y de la Autonomía del Paciente, en lo relativo a los documentos de voluntades anticipadas y al consentimiento por representación. En este sentido se debería concretar lo prescrito en el artículo 9.5 de esta ley en relación con la necesidad de atender siempre al mejor interés del paciente y al respeto de su dignidad personal en los casos en que el consentimiento lo sea por representación, concreción que pasaría por determinar quién y cómo se valora qué tratamiento o no-tratamiento es el mejor y más respetuoso con la dignidad del paciente.

En esta dirección sería conveniente una legislación análoga a la prevista para la esterilización de disminuidos psíquicos (art. 156 CP), regulando también el procedimiento que debe seguirse, en sentido similar a lo previsto para los supuestos de aborto no punible, en el Real Decreto 825/2010, de 25 de junio, de desarrollo parcial de la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo.²² Se trata, por consiguiente, de regular un procedimiento que sirva para posibilitar la práctica de la eutanasia, incluso en los casos en los que el paciente carece de capacidad de consentir, teniendo en cuenta todas las circunstancias concretas. La «legalización» de la eutanasia no debe hacerse a través de la desincriminación generalizada de las conductas de cooperación ejecutiva, sino a través de prever legal-

²² http://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2010-10153.

mente los requisitos para que pueda procederse a llevar a efecto una conducta de eutanasia, estableciendo, al mismo tiempo, un procedimiento para determinar, con la máxima seguridad jurídica, si concurren esos requisitos en cada caso concreto. Es decir, mantener la vigencia del artículo 143.4.º CP, introduciendo la referencia a los documentos de voluntades anticipadas, y crear un nuevo apartado en el que se prevea expresamente la permisión de la eutanasia, en sus tres modalidades, activa, activa indirecta y pasiva, incluso sin concurrir la petición seria y expresa ni el documento de voluntades anticipadas, siempre que se lleve a efecto tras haberse cumplido con un procedimiento en el que se valore cuál es el mejor interés del paciente. En este procedimiento deberían intervenir dos facultativos, uno de los cuales sería el responsable de ese paciente y otro que no lo haya tratado, así como los familiares y el Comité de Ética del hospital, requiriéndose incluso una resolución judicial en casos dudosos. La inclusión en este apartado de la eutanasia pasiva se debe a que cuando el paciente no puede consentir, incluso esta modalidad de eutanasia debe ser objeto de una decisión consensuada. De esta forma, por lo demás, se disminuye la carga emocional que para el responsable del tratamiento supone una decisión de esta naturaleza.

Por último sería adecuado que en esta propuesta legislativa se contemplara la necesidad de la intervención de profesionales médicos que aseguren que la muerte se producirá sin angustia ni dolor. Ello en orden a cumplir con la premisa esencial que subyace a la necesidad de regular la eutanasia. Esto es que la decisión sobre el momento de la muerte no solo respete la libertad de la persona sino también su dignidad. Asimismo, la posibilidad de la eutanasia debería extenderse a menores, en la línea de la ley belga. Como afirmó la diputada belga Karen Lalieux, en el momento en que se aprobaba la ley en el Parlamento: «Nuestra responsabilidad es permitir a todo el mundo vivir y morir con dignidad». En esa línea es dramática la petición de una niña chilena de catorce años, Valentina Maureira, enferma desde su nacimiento, quien escribió a la presidenta de Chile, Michelle Bachelet: «Solicito hablar urgentemente con la presidenta porque estoy cansada de vivir con esta enfermedad y ella me puede autorizar la inyección para quedarme dormida para siempre».

Bioética y cine: la eutanasia y la ayuda al suicidio¹

Ricardo García Manrique

***Mar adentro*: la eutanasia para todos los públicos²**

Abre los ojos

El mismo fin de semana en que he vuelto al cine a ver *Mar adentro*, la muy premiada película de Alejandro Amenábar, los medios de comunicación se han ocupado de dos noticias de algún modo relacionadas. Una, de repercusión internacional, es la extraordinaria reacción del poder legislativo federal norteamericano ante la decisión de un juez de Florida de ordenar el cese de la alimentación artificial de Terri Schiavo, una mujer que lleva en coma desde 1990. La decisión judicial, que sigue a un largo proceso, se ha producido a petición del marido de Terri, su representante legal, pero en contra del deseo de sus padres, que prefieren que siga viviendo. La nueva ley federal, inmediatamente ratificada por el presidente Bush, ha permitido que los padres puedan apelar tal decisión ante un juez federal, como así han hecho, aunque parece que sin éxito. Todo ello se produce acompañado por una extensa e intensa campaña de los movimientos «provida» y por una gran expectación pública. La otra noticia, local, es la detención en una casa rural de la provincia de Zamora de tres jóvenes de entre veintiséis y veintinueve años que se disponían a suicidarse, después de haber contactado con tales fines por internet. La policía los detuvo por «inducción al suicidio» (se supone que cada uno indujo al suicidio a los otros dos...) y su investigación le ha llevado a afirmar que se trata de individuos con una «situación vital normal», «alto nivel de educación» y sin aparentes problemas psíquicos y que, además, no pertenecen a secta alguna.

¹ Una primera versión de los textos que conforman este capítulo ha sido publicada en la *Revista de Bioética y Derecho*, núm. 2 (2005); núm. 3 (2005) y núm. 13 (2008). Ricardo GARCÍA MANRIQUE es además autor del libro *La medida de lo humano: ensayos de bioética y cine*, Barcelona: Signo, 2008.

² España, 2004, 125 minutos. Dirigida por Alejandro Amenábar. Guión de Alejandro Amenábar y Mateo Gil.

Desde luego, el caso de Ramón Sampredo, protagonista de *Mar adentro*, era bien distinto, pero está relacionado. Por lo menos, a mí las dos noticias me han hecho recordar la película. Como los jóvenes de la casa rural de Zamora, Ramón Sampredo quería suicidarse; como la mujer americana, Ramón Sampredo sufría una situación vital muy peculiar. Mostrar las diferencias entre los tres casos parece innecesario, por obvio; ahora lo que quiero es insistir en lo que las tres situaciones tienen en común, a saber, que las tres plantean genuinos dilemas morales que tienen que ver con el sentido de la vida y de la muerte, de la dignidad y de la libertad. No son dilemas extraordinarios, sino cotidianos, pero no por cotidianos abordados cotidianamente. Por eso, la película de Amenábar es una película saludable, porque nos hace un poco más conscientes de la existencia de ese tipo de problemas (¿vivir?, ¿morir?) y nos anima a pensar sobre ellos. *Mar adentro*, digo, nos enfrenta con un dilema moral genuino porque nos muestra dos intuiciones básicas contrapuestas: el deber de respetar la libertad individual, en este caso la libertad del que quiere morir, frente al deber de seguir viviendo a toda costa o frente al deber de impedir que los demás se quiten la vida.

La película, además, muestra que no nos hallamos, en estos casos, ante problemas técnicos que deban ser librados a la especial cualificación de médicos, filósofos morales o expertos en bioética. No; se trata de problemas nuestros que hemos de abordar básicamente con nuestras propias fuerzas. Claro que los médicos, los filósofos morales y los expertos en bioética (además del legislador y de los jueces) tendrán cosas que decir, y harán bien en decirlas, pero la última palabra es nuestra, la decisión final es nuestra y de quienes nos rodean. Es la decisión de José, el hermano de Ramón, que se niega a que su hermano sea ayudado a morir en su casa, es la decisión de Julia, la abogada que quería ayudarlo a morir y que al final decide no hacerlo, y es la decisión de su amiga Rosa (en la realidad, Ramona Maneiro), que no quería ayudarlo a morir y que al final decide hacerlo. Pero los Josés, Julias y Rosas de hoy y de mañana quizá no lean monografías sobre la eutanasia o consulten revistas de bioética; en cambio, es muy probable que vayan al cine, sobre todo si se trata de una película como la de Amenábar, que no solo ha arrasado en los premios Goya y recibido el Óscar a la mejor película de habla no inglesa, sino que ha sido la tercera película más vista en los cines españoles durante 2004, por encima de otras mucho más comerciales de la potente industria de Hollywood. Doy estos datos porque me parece necesario destacar el hecho de que una película sobre la eutanasia haya tenido este gran impacto. Las razones pueden ser muchas, pero hay una innegable: la gente tiene interés por el tema. Y un efecto también innegable de ese impacto es que contribuye a formar opinión pública, algo tan

esencial para una sociedad democrática como la que supuestamente queremos ser. Ya solo por eso debemos alegrarnos del éxito del filme de Amenábar, añadiendo que ojalá filmes de esta categoría abordasen más a menudo problemas tan auténticos y tan cotidianos.

De hecho, esa alegría debería moderarse si la película no tuviera la categoría que le atribuyo, si la película, por ejemplo, trivializase o distorsionase el problema que plantea. No es el caso. La película ha sido criticada por comercial, por sentimental y por efectista, y es posible que reúna tales rasgos; pero si tales rasgos la convierten en una película atractiva para el público, si consiguen que el público se anime a verla en el cine o a sacarla del videoclub, tanto mejor, siempre que se mantenga como una película lo suficientemente interesante. Como decía antes, no todo el mundo se animará a leer un libro académico sobre la eutanasia, ni siquiera a ver una película sobre la eutanasia que sea menos *comercial* que esta, pero a una sociedad con pretensión de ser democrática le hace falta que una parte significativa de sus ciudadanos reflexione sobre problemas como este, y eso con independencia de su mayor o menor nivel o actitud cultural; de otro modo no podrá hablarse de *opinión pública* ni, por tanto, de democracia. Por supuesto, no estoy negando la necesidad de que se haga otro tipo de cine ni, Dios me libre, la necesidad del trabajo académico (no tiraré piedras contra nuestro tejado), sino que quiero resaltar la importante función pública que películas como la que comento pueden desempeñar. Con ella, un número inesperadamente alto de personas habrá abierto los ojos no ya solo al problema de la eutanasia, sino, por extensión, a otros problemas como el de la mujer americana o los suicidas de Zamora e, incluso más allá de eso, habrá dedicado un rato a reflexionar sobre cuestiones clave de la ética pública, como el del lugar de la libertad individual en la toma de ciertas decisiones o el del alcance apropiado de la coacción estatal. Y, por cierto, es muy probable que eso aumente también la venta de libros académicos sobre la materia y las matrículas en los cursos de bioética.

Tesis

He leído algunas críticas que acusan a la película de tendenciosa. Esto abonaría, como mínimo, la creencia de que se trata de una película con *tesis*, una tesis que el director y el coguionista plantearían y defenderían, y además tendenciosamente, esto es, presentando la realidad de manera parcial, mostrando solo algunos de sus aspectos y ocultando aquellos que pudieran cuestionar la validez de dicha tesis. La tesis sería esta: tenemos el derecho moral a decidir

sobre nuestra muerte, al menos en algunos casos como el de Ramón Sampetro, y la sociedad (el Estado, el Derecho) debe respetar ese derecho individual. Y lo tendencioso consistiría en ofrecer una visión sesgada del caso de Ramón, de manera que el espectador se sienta inclinado a aceptar la tesis, olvidando otros argumentos que pueden servir para cuestionarla.

No estoy seguro de que sea así. Lo que yo he visto es un relato dotado de cierta complejidad argumental, quizá más simple o más sentimental de lo que a algunos les hubiese gustado (insisto: ¿a qué precio?, ¿al de acabar resultando una película *de culto*, premiada en festivales independientes e ignorada por el gran público?), pero ni muy simple, ni sensiblera ni particularmente tendenciosa. Obvio es que las simpatías de sus autores están del lado de Ramón frente a, digamos, el jesuita tetrapléjico o los magistrados de la Audiencia de La Coruña (de quienes, por cierto, es difícil sentirse cercano). Obvio es también que Ramón brilla con luz propia entre todos los personajes, aunque todas las películas tienen su protagonista y especialmente en esta la cosa no podía ser de otro modo, no ya solo por el argumento, el guión y la dirección, sino porque Javier Bardem borda su personaje. Y, además, ¿no podrían ser las cosas, en efecto, así? Es decir, ¿no podría ser que, en efecto, Ramón Sampetro fuese un individuo dotado del fuerte magnetismo que muestra en la pantalla y que, por añadidura, la razón estuviese de su parte? En todo caso, la presentación de Ramón como el personaje más interesante y la defensa de su deseo de morir no son los únicos mensajes de la película, que ofrece algunos contrastes interesantes sobre los que volveré después al tratar de los demás personajes. No creo, por tanto, que la fuerza de la figura central y la simpatía de la película hacia su petición de morir sean, de por sí, razones suficientes para hablar de una película tendenciosa, ni siquiera para hablar de una película *de tesis*, porque, en una palabra, no creo que sea cierto que la película se proponga resolver el problema de Ramón Sampetro, sino solo, o principalmente, mostrarlo.

En cambio, sí encontramos algunas afirmaciones contundentes o, si se quiere, unas cuantas *tesis*, que no sirven por sí solas para resolver el problema (insisto, la legitimidad o ilegitimidad del deseo de Ramón Sampetro de acabar con su vida), pero que dibujan el marco de referencia del problema y ayudan a pensar sobre él y sobre otros similares. Son ideas acerca de la dignidad humana, el individualismo, la conciencia de la muerte y la naturaleza privada de este tipo de asuntos.

En primer lugar, la película afirma contundentemente la dignidad humana, esto es, el valor intrínseco atribuido a la vida de las personas, de cada persona. No es nada específico de esta película, claro está, pero conviene re-

saltarle precisamente por tratarse de una película sobre la eutanasia. La impresión que uno recibe es que los personajes viven vidas bien diferentes pero bien intensas, bien dotadas de sentido propio, tanto el propio Ramón como los que le rodean. Una segunda impresión es que el valor, o el sentido, de la vida de cada personaje depende de las vidas de los demás, esto es, observamos un entramado de vidas humanas que impide considerar a cada una de ellas por separado. Y una tercera impresión es que todos los personajes (y seguramente la mayoría de los espectadores) consideran que Ramón vive una vida digna, en el sentido de una vida valiosa, y parece que solo el propio Ramón la considera indigna. Quizá, cabe añadir, él no tiene en cuenta suficientemente la observación anterior, esto es, el hecho de que su vida dota de parte de su sentido a las vidas de los que le rodean. Y cabe añadir también que Ramón se nos presenta como un ser particularmente atractivo: su sensibilidad, creatividad, imaginación, inteligencia y capacidad de comunicación parecen estar por encima de la media, una circunstancia que no será irrelevante para la toma de posición del espectador.

En segundo lugar encontramos la afirmación de un sano individualismo (feroz o egoísta, dirán quizá algunos), el de Ramón, que ya lo debió de ser (individualista) en sus tiempos mozos, antes del accidente, cuando dio la vuelta al mundo como mecánico de barcos y se paseó por lugares variopintos acompañado por gentes variopintas (eso sí, sobre todo mujeres), y que reafirma ese individualismo después, precisamente cuando tanto pasa a depender de los demás, y quizá precisamente por eso, y porque no puede, a su vez, ayudar a nadie, como queda patéticamente de manifiesto en el momento en el que Julia cae desvanecida por la escalera, muy cerca de él. O *creo* que no puede, porque, por otro lado, es evidente que la existencia de Ramón contribuye a perfilar la existencia de los otros: su sobrino, su padre, Rosa, al menos, reciben su benéfica influencia. Ese individualismo se muestra también en una conversación con Julia, cuando ella le habla de «los tetraplégicos», y Ramón Sampedro le contesta algo así como: «pero ¡qué tetraplégicos! Soy yo, Ramón Sampedro, el que tiene un problema y quiere resolverlo». Su problema, no el problema de ningún otro, por mucho que se le pueda parecer.

Creo que es un individualismo sano, porque en última instancia no parece que ningún otro sujeto esté en condiciones de decidir acerca del sentido de su vida, incluso si otros sujetos pueden valorar la calidad de la vida de Ramón mejor que él mismo; puesto que, al fin, la calidad de la vida no es lo más importante aquí, sino la percepción personal de esa calidad. Esta percepción, en el caso que nos ocupa, incluirá seguramente lo que aporta a la vida de los demás (piénsese en la relación de Ramón con su sobrino, una relación que Ra-

món parece valorar en mucho); podemos decir, como antes, que acaso no lo suficiente, que acaso no tenga en cuenta lo mucho que da y puede dar y, por tanto, que no es una percepción correcta. Pero aun así nadie puede sustituir el juicio del propio Ramón, porque nadie está en condiciones de evaluar la otra parte, la parte interior de su vida, el precio que tiene que pagar por seguir viviendo. Y esto vale para Ramón Sampedro y para cualquiera.

Una tercera idea a retener, esta recurrente en la obra fílmica de Amenábar, es la necesidad de tomar conciencia de la muerte, elemento central en las cuatro películas que ha dirigido. Que la intención de Amenábar sea recalcar esa necesidad no es cosa que importe ahora. Quizá su intención sea solo ocuparse de algo que le interesa, pero el resultado de sus películas, y muy especialmente de la última, es una llamada de atención sobre el hecho de la muerte, muerte que hoy es deformada, ocultada, rechazada o trivializada. Si en sus tres películas anteriores la muerte se nos muestra más bien como una especie de obsesión con distintas variantes, en esta se nos muestra de manera más sencilla y directa como un elemento esencial de la vida individual y de la vida social. Que se nos hable de la muerte con este lenguaje es, de por sí, buena noticia.

Y, en cuarto lugar, la película contiene la afirmación de que la eutanasia es un problema de las personas, de la gente común, no ya de los médicos ni de las autoridades, aunque también lo sea, sino ante todo un problema para los que tienen que sufrir activa o pasivamente una situación como la de Ramón. Que es un problema, y que lo seguirá siendo cada vez más, dado el rumbo que seguramente tomará la vida de la mayor parte de nosotros en su último tramo. Tenemos un problema, todos, acuciante para algunos en particular, y, valga insistir, de poco sirve cerrar los ojos o invocar una regulación del mismo que se muestra insuficiente.

Todas estas ideas son bastantes para acreditar que *Mar adentro* no es una película demasiado simple ni demasiado emotiva ni demasiado tendenciosa. Es una película, creo, básicamente honesta, que nos muestra un problema real con al menos cierto nivel de complejidad, a partir de un nutrido grupo de protagonistas que actúan de maneras diversas y a partir de una serie de ideas fuertes que recorren todo su metraje.

Los otros

Junto a Ramón Sampedro, ciertamente protagonista central, están los otros, esta vez mucho más interesantes (al menos según mi criterio) que en la película homónima, la anterior de Amenábar, fueran estos otros los muertos o

los vivos, o todos, según para quién. Mucho más interesantes en esta ocasión, aunque quizá sea solo porque aquella película la vi la tarde del 11 de septiembre de 2001, y en ese momento estaba yo pensando en otros *otros*, más reales que los de la pantalla. Pero quizá también porque las que rodean a Ramón son gentes cercanas, personajes bien identificados y bien interpretados, asequibles y comprensibles, atractivos. Los otros son los que le cuidan, los que le ayudan o los que intentan ayudarlo sin conseguirlo, los que no le entienden. Desde luego que Ramón llena la pantalla y que sus palabras y sus gestos tienen más fuerza que las de ningún otro personaje, pero sin el contraste con los demás no tendríamos una película interesante. Para empezar, tenemos el drama de una familia que se ha pasado media vida cuidando de Ramón, quien no quiere otra cosa que desaparecer, dejando sin sentido aparente los desvelos de esa familia, e incluso más que eso, porque da la sensación de que cuando Ramón se vaya la familia no perderá solo una carga, sino también a su miembro más seductor. Pues, en efecto, parece que Ramón es el centro de la vida familiar, no solo porque su peculiar situación afecta inevitablemente a todos, sino también porque parece ser el más activo, el más despierto, sin duda el más inteligente. En realidad, nada hay de especial en ello: como cualquier otro, tetrapléjico o no, Ramón participa de la vida común, y hubiera sido el centro de esa vida común también si hubiera convivido con ellos en otra circunstancia.

Junto a la familia están sus dos amigas y amantes, cuya relación con Ramón es diseñada de manera simétrica. Julia, la abogada catalana, aparece en la vida de Sampedro con la intención de ayudarlo a morir pero, a la hora de la verdad, no se decide, alterada quizá su voluntad por su propio drama personal, la enfermedad que le está conduciendo rápidamente a la degeneración física y mental. Rosa, la muchacha que trabaja en una fábrica de conservas, aparece en la vida de Ramón con la intención de ayudarlo a vivir y, desde luego, no quiere ayudarlo a morir cuando conoce que esta es la voluntad de Ramón. Sin embargo, cambia de idea con el tiempo y será ella la que le ayude. El desarrollo de la relación entre Ramón y cada una de las dos mujeres es también opuesto: en el caso de Julia, es Ramón el que primero siente la pulsión amorosa (o como cada uno quiera llamarla, pues el propio Ramón se niega a hablar de amor) y es ella la que le corresponde después, al menos aparentemente. En el caso de Rosa, es ella la que se *enamora* de Ramón, y así se lo declara, y es Ramón el que decide irse con ella, aunque quizá solo para recibir su ayuda definitiva.

Con independencia del sentido de estas simetrías u oposiciones, lo que resulta evidente es que quien tenía intención de ayudarlo a morir no se decide

a hacerlo, y quien no tenía esa intención es quien finalmente lo hace, movida por el amor, haciendo verdadera la creencia de Ramón de que «quien de verdad me ame me ayudará». La razón que lleva a Julia a no ayudarlo podría ser también, quién sabe, el amor, aunque todo parece indicar que es más bien la vivencia de su propia enfermedad degenerativa. Julia, como Ramón, se enfrenta a una muerte próxima y, peor que eso, a una degeneración tan inminente que tenemos ocasión de contemplarla en la pantalla. En este sentido, la situación de Julia es peor que la de Ramón, puesto que este puede llevar una vida mentalmente plena y Julia no, como vemos al final. Julia, como Ramón, se plantea también la posibilidad del suicidio, pero renuncia a ella y decide seguir viviendo hasta que sea posible, en cualesquiera condiciones. Y, decía, da la sensación de que es la vivencia de su propia enfermedad, la manera de afrontarla, la que le lleva también a renunciar a ayudar a Ramón tal y como le había prometido.

La escena de la guillotina en la imprenta es significativa: significa que el libro escrito por Ramón está casi listo, y Julia le había prometido ayudarlo a morir en cuanto el libro estuviese en la calle. Le había prometido volver a Galicia con un ejemplar del libro y, a renglón seguido, ayudarlo, pero el libro le llega a Ramón por mensajero: ella ya no volverá con él, porque no quiere hacer las veces de guillotina, ni con Ramón ni con ella misma. Amenábar nos muestra aquí cierta concepción del amor, la que está centrada en la idea de entrega incondicional del amante al amado, que, aun siendo clásica, merece una nueva reexposición en los tiempos que corren. Y no es casualidad, me parece, que sean los personajes femeninos los que se muestran más comprensivos, más cercanos y más sabios, los que salen mejor parados en la película (la cuñada, la abogada, la conservera, la mujer de la asociación pro muerte digna), en tanto que los varones, en general, desempeñan un papel secundario, menos atractivo y, en algunos casos, patético.

Entre los varones de la película están los representantes de las dos instituciones que salen peor paradas en la película: la Iglesia y el Derecho. El jesuita tetrapléjico que visita a Ramón parece estar ahí para mostrar el punto de vista de la Iglesia católica acerca de la eutanasia. En su peculiar combate dialéctico, trabado a través de una escalera que los separa y les impide verse, mediado primero por un esforzado seminarista y directo después, lo importante, creo yo, no es tanto quién sale victorioso, sino si ambos manejan argumentos relevantes. A mí me parece que el jesuita no distorsiona en exceso el mensaje católico oficial sobre la cuestión. Amenábar ha sido criticado porque la visión que ofrece de la Iglesia católica es claramente negativa, dado el aspecto histriónico del jesuita. Desde luego, está en su derecho de dar una visión negati-

va de la Iglesia, sobre todo teniendo en cuenta que se trataría de una visión compartida por muchos. Y algo hay de histriónico en el tratamiento que la Iglesia da a la eutanasia y a otras cuestiones morales, histriónico por ridículo, por afectado, por exagerado, por compuesto de aspavientos, por poco auténtico, un tratamiento que muchos consideran alejado en exceso del modo de sentir de la gente ordinaria. Lo que quiero decir es que no es el personaje del jesuita, sino la propia Iglesia católica la que acaso ofrezca una imagen distorsionada del fenómeno de la eutanasia, y creo que los argumentos de nuestro jesuita son relevantes para la película precisamente porque son los argumentos católicos tradicionales.

En cuanto al Derecho, al margen de algunas referencias puntuales a la legislación, que dejan claro que lo que Ramón se propone queda más allá de sus márgenes, está representado sobre todo por los miembros de la Audiencia Provincial de La Coruña, todos ellos varones, que quedan retratados en el momento en que impiden intervenir a Ramón Sampedro porque, según recuerdan a su abogado, «el procedimiento no lo permite». Lo más probable es que la gente se quede sin saber qué había de malo en que a Ramón se le permitiera hablar, y en cambio piense que algo hay de absurdo en la actitud de un tribunal que impide hablar al principal afectado por el asunto del que va a tratar, y que además ha hecho el particular esfuerzo de desplazarse hasta allí, que está allí escuchando lo que se habla de él, que se ocupan de él, sin que él pueda intervenir. Es, sin duda, una muestra de lo que de excesivo y perjudicial hay en el formalismo jurídico porque, también sin duda, la seguridad jurídica no habría sufrido mucho en esta ocasión si se hubiese violado la ley procesal y se hubiese permitido a Ramón expresar directamente su parecer. Y, como decía en relación con el jesuita, tampoco en este caso parece que Amenábar haya caído en el exceso: el exceso está en las actitudes judiciales que, con demasiada frecuencia, faltan al respeto a los ciudadanos, un exceso que Amenábar se limita a reflejar. No es esta, por cierto, una película jurídica, porque el tratamiento jurídico de la eutanasia no es ni mucho menos uno de sus temas centrales. Sin embargo, la relevancia de lo jurídico queda patente en el hecho de que buena parte de lo que ocurre durante la película solo se entiende a partir de la existencia de una regulación jurídica determinada.

Mar adentro

Estos mensajes que la película nos transmite y estos personajes que la película nos muestra acaban por componer un retrato complejo del problema de

Ramón, en el que no faltan matices ni perspectivas por mucho que la de Ramón sea la dominante. Se trata, podríamos decir jugando con el título, de un retrato marítimo, por amplio, por profundo, por carente de límites precisos, porque en él vemos ir y venir sentimientos, actitudes y razones en torno al dilema central y más allá del dilema central. Un retrato en el que Amenábar nos invita a adentrarnos, a mirar los matices y comparar las perspectivas, con el fin de que tomemos conciencia de la realidad y el problema de la eutanasia de una manera mucho más abierta, directa y sensible de la que es habitual. Es seguro que los espectadores que hayan visto o vean *Mar adentro* saldrán de la sala de proyección, o se levantarán del sofá, con una comprensión mucho más rica de las preguntas que se resumen en la palabra «eutanasia»; serán mucho más conscientes de que la vida es problemática y de que no vale cerrar los ojos, porque las necesidades y los deseos de Ramón Sampedro, de la familia de Terri Schiavo, o de los frustrados suicidas de Zamora, son nuestros problemas. La cuestión de la eutanasia es, debe ser, una cuestión para todos los públicos, y tratarla de este modo es el principal mérito de esta película.

***Million Dollar Baby*³ eutanasia, vida buena y compromiso**

1. Equilibrio, compromiso y fidelidad

—Solo necesitas equilibrio.⁴

Hechos el uno para el otro

Desde el principio, Frank y Maggie parecen hechos el uno para el otro. En el túnel que lleva hasta el ring, donde se encuentran por primera vez, donde ella va a buscarlo, el entusiasmo de Maggie casa bien con la reticencia de Frank. Ya casi puede verse que su escepticismo será superado por las expectativas que suscita una mujer dotada de tan excepcionales cualidades. El equilibrio, concepto central de la película, tardará en consumarse, pero se ve venir, porque la sincronía entre los tres personajes (el tercero es Eddie) resulta inmediata. Tomados dos a dos, Frank, Maggie y Eddie forman tres buenas parejas y uno ya

³ EEUU, 2004. Dirigida por Clint Eastwood con guión de Paul Haggis.

⁴ F.X. TOOLE, *Million Dollar Baby* (trad. de J. Vidal), Barcelona: Ediciones B, 2005, p. 98.

se imagina que juntos también formarán un buen trío. En términos geométricos, son puntos en el plano. Enfocados uno a uno, como cuando cada uno de ellos está solo en su casa, parecen abandonados y carentes de sentido. Dos a dos, la cosa mejora notablemente, los segmentos que los unen se ven con claridad, rectilíneos, bien perfilados contra la gris amalgama de lo social (que sale, por cierto, tirando a mal parado, y eso que los elementos de crítica social presentes en los relatos de F.X. Toole en que se basa el guión han sido eliminados o suavizados; pero sí, lo social no sale muy bien parado en la película, siquiera sea solo por omisión, por la poca importancia que tienen las relaciones que van más allá del trío protagonista). Y los tres juntos forman rápidamente un triángulo, no equilátero, desde luego, porque los lados que unen a Eddie con Maggie y con Frank acaban siendo más largos que el tercer lado, el que une a Maggie con Frank. Un triángulo isósceles, podemos decir, pero sin duda un triángulo porque, aunque Eddie tiene un papel secundario, no por ello deja de ser un papel casi permanente el suyo (un papel, por cierto, concedido por el guionista, porque Eddie es un personaje de otro relato de F.X. Toole, *Agua helada*, insertado después en la trama de *Million Dollar Baby*; también de *Agua helada* proviene el personaje de Peligro Barch, el muchacho flaco, dulce y algo retrasado que quiere ser campeón del mundo de los pesos welter). Pero dejemos a Eddie de momento en su vértice, algo alejado aunque necesario, como testigo, como consejero y como narrador, y veamos cómo Frank y Maggie se complementan o encajan el uno con la otra, se equilibran mutuamente, puesto que es el equilibrio el elemento que me llama más la atención en *Million Dollar Baby* y puesto que ese equilibrio es el que creo que permite comprender el tratamiento que la eutanasia recibe en la película.

Por edad y por dignidad, Maggie es la hija que Frank ha perdido entre el montón de cartas devueltas y cuidadosamente almacenadas, tan tozuda la hija en su alejamiento del padre como la discípula en su intento por triunfar en el mundo del boxeo. Por las mismas razones de edad y de dignidad, Frank es el padre que ella perdió también hace ya tiempo, llevado por una muerte temprana. Esta es la clave del asunto, de la rápida compenetración: ambos tienen mucho ganado por las edades respectivas (edad de hija, edad de padre), por los géneros (mujer y hombre) y por la bondad básica que presentan sus caracteres. Así que Maggie aparece retratada con «un rostro pecoso y un par de ojos de ágata, como los de la hija de Frankie», y ella le dice un día que «usted me recuerda a mi papá. ¿Se lo he dicho alguna vez?». ⁵ Y luego está la afición por el

⁵ F.X. TOOLE, *Million Dollar Baby*, *op. cit.*, pp. 88 y 120.

boxeo, la vocación hay que decir, para incluir no solo la afición sino también la aptitud de él como entrenador y de ella como boxeadora. El equilibrio es perfecto en lo personal y en lo profesional, aunque tratándose de una dedicación vocacional como es la de ambos, uno y otro campo no pueden distinguirse fácilmente. Cada uno ha encontrado en el otro todo lo que necesitaba, o lo que más necesitaba. Ya estén en el gimnasio, o de viaje, o en el ring, ya estén solos o ya se enfrenten a los demás (a la familia de ella, por ejemplo), resultan ser una pareja muy bien equilibrada. Tan bien equilibrada, pareja tan parmenídea, que no será bien vista por los ojos de los realistas o de los escépticos o de los partidarios de Heráclito, a los que no les gustará la película o mi forma de verla. En cambio, a mí así me lo parece y me parece bien, este carácter modélico, quizá impropio de la realidad tal cual pero muy propio de la fábula y de la alegoría, a las que el cine trata a menudo de acercarse, a veces con buena intención. Desde luego, les va bien juntos, eso no se puede negar. A ella la reticencia de él no le echa para atrás, una reticencia que es de forma explícita una rotunda negativa a entrenarla o incluso a volverla a ver. Con la ilusión y con las cualidades de Maggie hubieran podido quizá la mediocridad o el hastío o la pereza, pero no la infantil o senil o humana reticencia, por hostil que se muestre, o teñida de resignación, o por asentada en la experiencia. Ya decía que ella es tozuda o tenaz, y él lo es también, pero no tanto como para no llegar a ver, más pronto que tarde, que ella es su salvación, su sangre y su cielo; tardará en darse cuenta un poco, pero no demasiado, solo lo suyo, y ahí está esa bata de seda verde brillante con su lema, *Mo Cuishle*, como prueba de cargo.⁶ Ella, en cambio, como es mujer, lo nota desde el principio, podríamos decir que incluso antes de tratarlo porque lo ha observado y lo ha elegido como entrenador, que es, para ella, el personaje más importante, puesto que el boxeo es su vida. No elegiría a cualquiera, sino al mejor, porque ella más o menos oscuramente sabe que es la mejor. Que sean los mejores es cosa del cine americano, que está lleno de los mejores en sus gremios, pero también es cosa de cuentos y de leyendas, así que nada que objetar en este sentido.

Ya los tenemos, pues, unidos casi desde el primer momento, ella algo aventajada, él algo retrasado, cada vez más y mejor articulados a lo largo de la trama, siendo esta una de las causas del gozo que provoca la película, porque da gusto ver y saber que las cosas pueden llegar a ser así, y así pueden llegar a ser si así pueden ser representadas. Los vemos unidos, y apoyados consistentemente por Eddie, que nos habla de ellos al escribir a la hija de Frank, para que ella,

⁶ Nota para los que no sepan gaélico o no hayan visto la película: *Mo cuishle* significa «mi amor, mi alma, mi cielo». Maggie no se entera de eso hasta poco antes de morir.

al menos, sepa quién es realmente su padre, el de ahora, y por si acaso se decide a recuperar su natural posición filial.

Fidelidad a prueba de mánagers

Frank tenía otro boxeador, un buen tipo en el ring y fuera de él, Willie, que le abandona por otro mánager más decidido. Eso sucede cuando Frank y Maggie están comenzando su relación. Es importante este abandono y esta coincidencia temporal. No es una traición, ni mucho menos, pues cómo podría serlo si resulta que gracias a eso Willie puede pelear por el título de campeón del mundo y conquistarlo, conquista que es la culminación del sentido de la relación con Frank, aunque sea a pesar de él y sin él y más allá de él. La relación entre ellos era buena, pero no perfecta precisamente porque las cosas podían llegar a ser mejores fuera de ella, como demuestra la inmediata y exitosa pelea por el título mundial, una pelea a la que Frank no se atrevía a enviar a su púgil. Claro es que, a diferencia de Maggie, Willie no podía hacer bien el papel de hija recuperada y que tiene una familia de la que cuidar. Por todo lo que ella es y él no, por todo lo que ambos pueden ser para sí mismos y para el otro a un tiempo, por el equilibrio en que se sustentan el uno al otro, ella puede mantenerse fiel hasta el final, incluso acodada en la barra de la cafetería, a pesar de que quien le tienta es el mismo mánager que ha hecho campeón del mundo a Willie. Allí está, cómo no, Eddie, haciendo su secundario e indispensable papel, facilitando la tentación para que la tentación pueda ser rechazada y el compromiso entre Frank y Maggie suba un grado más. Y quizá por eso puede Frank ir más allá de sí mismo, dejar de ser fiel a sus principios para serlo a ella, quizá porque ha comprobado que ella vale más que los principios y que, habiendo renunciado a los principios, si las cosas salen mal no se quedará sin nada: la tendrá a ella. Es en ese momento cuando se consuma la relación, cuando él supera su propia cautela y decide llevarla lo más alto posible en el mundo del boxeo, afrontando todos los riesgos. No son una pareja de enamorados, pero la historia es sin duda una historia de amor como entrega mutua incondicional. No es una historia de amor sexual, pero ahí están las escenas de cama cada vez que ella vence las reservas de él, cada vez que él se rinde a su encanto irresistible, qué remedio. Todo es fácil, la rendición y la fidelidad al otro, cuando uno ha comprendido que lo que está en juego es el equilibrio, que es la felicidad o lo que más se le parece en la edad adulta. Frank lo comprende y se entrega sin reservas, como ya Maggie con buen criterio había decidido hacer desde mucho antes.

La tríada que componen las nociones de equilibrio, compromiso y fidelidad, de la que vengo hablando, permite comprender de forma cabal la parte final de la película, que es la que contiene todo lo directamente relacionado con la eutanasia y que, por tanto, se supone que debería interesarnos prioritariamente aquí, y así es, pero ya veremos cómo una de las enseñanzas de la película en relación con la eutanasia es que, para comprender mejor su sentido, hay que ponerla en su contexto; y el contexto, cuanto más extenso y profundo, mejor. Es decir, que para comprender la parte final de la película hay que verla entera, y al verla lo que se ve es una historia de equilibrio, compromiso y fidelidad, desde el principio y también en particular en esa parte final de la que hablo a continuación.

El accidente

Ella no se fue con el otro mánager, y esta muestra de fidelidad la correspondió él llevándola hasta el combate por el título mundial, en un paseo triunfal por escenarios cada vez más prestigiosos, a los que la gente acudía porque su nombre figuraba en cabeza de cartel y para corear ese nombre, *Mo Cuishle*. Es decir, él le correspondió facilitándole la mejor época de su vida, lo que ella siempre había soñado y lo que sin él no hubiera sido viable. Así que el accidente no modificó su relación: solo hizo posible que se mostrase su solidez. El accidente es lo que él vagamente temía, con esa o con otra forma, es lo que está a punto de ocurrir una y otra vez, previsible en ocasiones e imprevisible en otras, es el accidente que muestra la fragilidad de los cuerpos y la futilidad de la vida. Sucede en el ring y sucede en las carreteras y en las aceras, cuando el coche choca o cuando el cascote cae. No hay que dejarse impresionar por el personaje de Billie «The Blue Bear» Osterman, la púgil más sucia del circuito. Que el accidente de Maggie y la consiguiente lesión se deba al sucio pelear de la Osa Azul poco importa y no debería distraer del carácter accidental e imprevisible o, en todo caso, inevitable del resultado. No parece que su rival, con su maniobra ilegal, quisiera el resultado que acontece, sino solo ganar el combate, ganar, que es lo que queremos todos o casi todos en el deporte y en lo demás, pero tan visible en el deporte, cuyos comentaristas jalean la trampa propia y se alegran del infortunio del contrario si una y otro sirven para ganar o, sobre todo, si son necesarios para ganar; y si fingen no alegrarse o de verdad no se alegran, al menos lo justifican o disculpan, porque lo peor de todo es la derrota. Es, pues, una lesión accidental y preterintencional. Con todo y con eso, rabiamos al ver a la púgil que no asume su inferioridad ni respeta las reglas, rabia que

debe ser el resultado de la mezcla que componen el respeto residual por el juego limpio y el hecho de que la púgil derrotada sea la nuestra y no la otra. Rabiamos al imaginar que levantará el título de campeona mundial mientras se llevan en camilla a la que se lo merecía más, pero el director de la película ha cuidado de que poco antes escuchásemos las órdenes que Maggie recibía de su preparador en la esquina de su cuadrilátero: que pegase a su rival en el nervio ciático, que le machacase el nervio ciático, violando con igual contumacia que la otra las normas del boxeo. Así es la cosa.

Como se trata de boxeo, no hay que olvidar tampoco que la suciedad del contrario es solo uno más de tantos peligros, esos que temía Frank, así que a la larga la rabia, el desprecio y el odio se atenúan y pueden llegar a desaparecer del todo cuando asumimos la evidencia de la accidentalidad y recordamos lo arriesgado de la actividad y lo extenso e intenso del deseo de la victoria deportiva o profesional, ese deseo supremo para muchos. De hecho, la lesión se debe tanto al sucio combatir de la rival como a la negligencia propia. La primera norma, le insiste Frank cada vez que tiene ocasión, es protegerse siempre, y en este caso Maggie no se protegió por sí misma, sino que se encomendó a la protección de las otras normas, que en general protegen (y si no lo hicieran no serían normas), pero no siempre, no en este caso. En efecto, la norma que prohíbe al uno seguir pegando cuando ya ha sonado la campana permite al otro bajar la guardia, pero siempre queda el riesgo del golpe ilegal; helo ahí. En realidad, la primera norma, como bien sabe Frank por mucho que insista, no puede seguirse siempre. No es posible protegerse siempre y contra toda contingencia, nadie es capaz de soportar esa tensión, sin descansar, sin dormir, sin disfrutar, sin concentrarse siquiera sea por un momento en alguna otra cosa que no sea la propia seguridad. Por eso Frank no se atrevía a llevar a sus púgiles hasta el final, porque sabía que la primera norma siempre acaba siendo quebrantada alguna vez, y entonces, si concurre con la mala suerte, cualquier cosa puede pasar.

El compromiso de Frank

Así que ahora ella es una tetrapléjica que apenas puede mover la cabeza por sí sola. El contraste con el ruido, con las luces, con los gritos de ánimo, con los colores brillantes de la ropa de combate, es muy fuerte, pero habrá que adaptarse. Habrá que seguir viviendo, porque la vida sigue. O no. El chispazo en medio de la larga noche del que habla Luis Eduardo Aute en una de sus canciones para referirse a la vida quizá se haya apagado ya. O no. Pues ahí sigue

Maggie, tendida en su cama de hospital, inmóvil, pero sonriente y capaz todavía de la chanza y de la ternura. Ahí sigue, pero quizá solo casualmente, de paso o a la expectativa. Quizá la calma se la da la decisión de morir, ya tomada antes de ser expresada, quizá por eso puede sobrellevar su nuevo estado, por ser transitorio, del mismo modo que alguien que ha decidido marcharse de una fiesta dado lo avanzado de la hora o lo tedioso de la concurrencia ya no se agobia y en los últimos minutos su presencia es despreocupada, alegre e incluso intensa, pero es porque ya no está allí del todo: le falta la vocación de permanecer y posee la certeza de la salida. No podemos saber en qué momento optó Maggie por la muerte, quizá fue cuando le amputaron la pierna gangrenada o quizá esto solo aceleró la puesta en práctica de una decisión ya tomada al poco de tomar conciencia de su situación. Pero ella sola no podía, claro, cómo vamos a poder solos si casi nadie puede hacer nada importante solo, ni nacer, ni crecer, ni amar, ni reproducirse, a veces ya vemos que ni tan solo morir. Ahí estaba Frank, claro, quién iba a ser, el que se mantuvo al lado de Maggie, su único sostén y consuelo, su única familia, sin consanguinidad ni papeles. Frank tuvo que enfrentarse con eso, no a todos nos pasará pero sí a muchos. Él no se lo esperaba, pero era de esperar. Tuvo que enfrentarse con lo que se le venía encima y decidir sin posible marcha atrás los términos de su relación con Maggie, recolocar sin margen de error los pesos y contrapesos de su mutuo equilibrio. Llega pues, al fin, el momento de la eutanasia, el momento final de un proceso mucho más largo y el momento de la decisión íntima y personal.

Pensemos, pues, en la eutanasia a partir de cómo nos la muestra Clint Eastwood. Observo dos aspectos de la cuestión que pueden resultar de interés y que he mencionado ya: la importancia del contexto en las cuestiones de eutanasia, es decir, la necesidad de ubicar las decisiones eutanásicas como parte de un proceso vital más extenso para poderlas ponderar adecuadamente; y el carácter íntimo de la decisión eutanásica, es decir, su carácter personal e intransferible, por mucho que alrededor del agente se muevan, gesticulantes, legisladores, jueces, sacerdotes y médicos. Son, a mi parecer, los dos aspectos de la cuestión que quedan resaltados en la película y por eso me ocuparé particularmente de ellos.

II. La relevancia del contexto

—¡Mierda! —exclamó Frankie—. Sabía que me equivocaba al entrenarte.

—No diga eso —replicó Maggie—. ¡Vaya!, entrenando con usted ha sido la única vez desde que papá murió que me han respetado. ¡Eh!, y estuvimos a punto de ganarla, ¿verdad, jefe? ¡Casi conseguimos que fuese la primera mujer del millón de dólares del mundo!, ¿no es cierto? —Sonrió, pero tuvo que apartar la vista con labios temblorosos—. Papá habría estado muy orgulloso.⁷

Media hora de eutanasia en dos horas de película

Si uno juzga por el tiempo que Maggie pasa en la cama del hospital, o reclamando la ayuda de Frank para morir, *Million Dollar Baby* no es una película sobre la eutanasia, pues ese tiempo no pasa de treinta minutos en un metraje total de algo más de dos horas. Que hayamos de enfrentarnos a una situación de esa naturaleza es, además, imprevisible hasta el momento del accidente. En este sentido, no es como *Mar adentro*, la película de Alejandro Amenábar, cuyo protagonista es, ya desde el principio, un tetrapléjico que quiere morir, y donde las referencias al pasado, en forma de *flashback*, son pocas, cortas y a menudo oníricas. Si uno juzga por el asunto o asuntos de la película, la eutanasia es sin duda uno de ellos, pero no el único ni, como tal, quizá el más importante. Otros asuntos de la película son la dureza de la vida, la soledad y el fracaso, pero también la ilusión y el esfuerzo. O, como ya dije, el equilibrio, el compromiso y la fidelidad. Luego tampoco en este sentido parece que podamos decir que se trata de una película sobre la eutanasia. Sin embargo, lo que sí parece es que el tratamiento de la eutanasia no puede plantearse de forma aislada, al menos no en el cine. Incluso en *Mar adentro* son esenciales las relaciones que traba el protagonista con las distintas personas que le rodean, relaciones en las que planea siempre el deseo de morir de Sampedro, pero que son algo más que eso, es decir, son algo más que vehículos para mostrar o para hacer efectivo ese deseo. En el caso de *Million Dollar Baby*, la sensación que uno tiene al final es que la media hora dedicada a la eutanasia se comprende porque uno ha visto todo lo anterior, es decir, porque uno conoce más y mejor el contexto en el que se produce esa situación. De hecho, los argumentos a los que recurre Maggie

⁷ F.X. TOOLE, *Million Dollar Baby*, op. cit., p. 116.

para convencer a Frank de que le ayude a morir se basan en ese contexto que la película se ha encargado de mostrarnos antes: su trayectoria vital, su ilusión por triunfar en el mundo del boxeo, los éxitos del último año, la fuerza analógica de la historia del perro que sacrificó su padre... Son argumentos fuertes, pero lo son particularmente para Frank, que ha compartido con ella esa última parte de su vida y que, por su posición tan próxima, está en mejor condición que ningún otro para comprender los sentimientos y ponderar las razones de Maggie. Nosotros podemos entender bien todo eso porque Eddie nos ha narrado con detalle quiénes son Maggie y Frank y qué les ha pasado, por separado y juntos, hasta llegar a la habitación del hospital en la que ahora se hallan. Y podemos también hacernos una mejor idea de si Frank debe ayudar a Maggie o no debe, pues de eso se trata al fin y al cabo. Quizá sin esa hora y media de gimnasio y de ring llegaríamos a la misma conclusión, pero no podemos estar seguros de ello, aunque sí de que nuestra imagen de Maggie, de Frank y de la relación de ambos sería distinta, menos completa y más fragmentaria, y también de que nuestra idea de lo que debería suceder en esa habitación estaría peor fundada.

Condiciones de legitimidad de la eutanasia (en hipótesis)

La película, por tanto, nos permite comprobar la importancia del contexto a la hora de abordar cuestiones eutanásicas. Desde luego, el contexto es importante a la hora de abordar cualquier cuestión o problema, moral o no, nada hay de específico en la eutanasia a este respecto; pero, ya que la película pone de relieve la importancia del contexto en este particular tipo de cuestiones, veamos en qué sentido podemos tenerlo en cuenta y de qué modo puede influir en, por ejemplo, la legitimidad de la decisión de morir o de la decisión de ayudar a morir.⁸ Doy por supuesto que la eutanasia es legítima en alguna circunstancia, aunque tener en cuenta de la manera más amplia posible el contexto en el que se plantea la eutanasia parece útil también a la hora de determinar si la eutanasia puede ser en efecto legítima en algún caso; pero dejemos ahora esto

⁸ He utilizado ya varias veces, y lo seguiré haciendo, la expresión «ayudar a morir» para referirme a lo que Frank hace con Maggie. No uso la expresión «matar» porque comporta habitualmente un juicio moral negativo que quiero evitar. Pero no ignoro, ni pretendo ocultar con fines argumentativos ilegítimos, que lo que Frank hace con Maggie es, literalmente, matarla. A la hora de discutir sobre la eutanasia no es bueno aferrarse a las palabras ni en un sentido ni en otro. La cuestión no es si la acción de Frank es un homicidio o no, sino si es un tipo de homicidio moralmente aceptable u obligatorio, lo que a su vez requiere aceptar que puede haber homicidios aceptables u obligatorios.

de lado y supongamos que cabe la posibilidad de que sea legítima. Muchos creen que la muerte asistida es legítima cuando concurren estos dos requisitos: una situación de menoscabo grave y permanente de la autonomía individual y la expresión del deseo explícito, consistente y estable de morir por parte de la persona afectada por tal menoscabo. No es esta la única posición de los partidarios de la legitimidad de la eutanasia. Para algunos requiere solo la concurrencia del segundo de los requisitos, sobre la base de que el respeto de la autonomía individual exige el respeto de la decisión de morir o incluso la asistencia a quien ha tomado tal decisión. Para otros, puede requerir, además, una tercera exigencia: que la muerte del sujeto afectado se prevea próxima. Pero aceptemos la hipótesis propuesta, por lo demás no del todo descabellada, de que el menoscabo de la autonomía y el deseo de morir son, cada una, condición necesaria y, juntas, condición suficiente de la legitimidad de la eutanasia. Además, veremos cómo hay razones para pensar que en la película se defiende algo así.

Actualidad en perspectiva de las condiciones

Ambas condiciones son actuales, esto es, se refieren a hechos presentes: el estado del cuerpo y de la mente del sujeto y su decisión. Por tanto, no son relevantes directamente ni el estado del cuerpo y de la mente en el pasado ni la voluntad pretérita. Sin embargo, conocer el contexto, en este caso la historia o trayectoria del sujeto, ayuda a determinar la concurrencia presente de las dos condiciones, de manera diferente. Cuanto a la segunda condición, la de la decisión voluntaria, conocer la historia vital del sujeto ayuda a determinar su concurrencia. Cuanto a la primera condición, la del menoscabo de la autonomía, ayuda a determinar no ya su concurrencia, sino su alcance, esto es, ayuda a determinar la propia condición, pues el nivel de menoscabo o deterioro requerido puede depender en alguna medida de la trayectoria vital del sujeto. Veámoslo en el caso de Maggie. El menoscabo de su autonomía podemos darlo por sentado si recordamos el diagnóstico tras su accidente, tal como figura en el relato de F.X. Toole:

Tras los resultados de la resonancia magnética y otras pruebas, los neurólogos dictaminaron que era una tetrapléjica permanente incapaz de mantenerse sin un respirador. Sufría lesiones en la primera y segunda vértebras cervicales, lo que significaba que podía hablar y mover ligeramente la cabeza, pero nada más. Había perdido la capacidad para respirar por sí misma y de mover las extremidades.

No podía controlar su vejiga ni sus movimientos intestinales. Sería parálitica para el resto de su vida.⁹

Sabemos, además, que con el paso del tiempo la inmovilidad le generaba llagas y que una pierna se le gangrenó y se la amputaron. Sabemos, también, por si eso pudiera ser relevante, que está bien cuidada en una clínica especializada dotada de personal competente y amable y acompañada todo el tiempo por su amigo Frank, aunque no por su familia más cercana, su madre y hermanos, a quienes Maggie prefiere no ver. Para muchos, todo eso sería más que suficiente para determinar la concurrencia del requisito del menoscabo de la autonomía, por permanente y por grave (su situación era mucho peor que la de Ramón Sampedro, por ejemplo). Pero la gravedad podría ser discutida, argumentando que Maggie está en pleno uso de sus facultades mentales, puede hablar y relacionarse con la gente, puede sentir emociones y puede desarrollar una vida intelectual significativa. Frank bromea con ella y le traduce poemas de Yeats, y ella disfruta con eso, incluso quizá aprenda gaélico para leerlo ella misma. Stephen Hawking, el famoso físico británico, estaba tan mal como ella y aun así pudo continuar una excepcional carrera profesional. ¿Cómo podría decirse —concluiría el argumento— que el menoscabo de la autonomía que sufre Maggie es «grave»? La respuesta a esta pregunta podría desde luego articularse sobre la exclusiva base de su situación presente y nuestra concepción de una vida buena (el ejemplo de Hawking podría contrarrestarse diciendo que no hay ninguna expectativa razonable de que ella pueda desarrollar una vida intelectual comparable con la suya); pero la discusión se ilumina cuando tenemos en perspectiva la vida de Maggie; quizá el desacuerdo acerca de la legitimidad de la eutanasia en su caso no llegue a desaparecer por completo, pero debe admitirse que conocer la vida de Maggie permite determinar mejor el alcance del término «grave», pues el menoscabo que sufre la autonomía de una persona no debe medirse en abstracto, sino en función de lo que la autonomía ha significado hasta ahora para ella. Sin ir más lejos, el hecho de que la tetraplejia sea el producto de un accidente reciente y no de una ya larga dolencia de origen lejano o de nacimiento parece relevante, pero no me refiero solo, ni principalmente, a eso. Me refiero al uso que Maggie ha dado a lo largo de su vida a su autonomía, a qué planes ha hecho, qué objetivos se ha marcado, cuáles han sido sus ilusiones y sus frustraciones, qué sentido tenía la vida para ella. La hora y media de película que precede al accidente nos permite saber algo de todo eso.

⁹ F.X. TOOLE, *Million Dollar Baby*, *op. cit.*, p. 114.

Privación de la capacidad de obrar y legitimidad de la eutanasia

Antes de seguir, conviene aclarar algo en relación con la determinación de la gravedad del menoscabo de la autonomía. Acabo de decir que el menoscabo que sufre la autonomía de una persona no debe medirse en abstracto, esto es, atendiendo estrictamente a su situación actual. Es así porque de lo que se trata es de saber si la eutanasia es legítima o no. En cambio, la cuestión es distinta si se trata de saber si una persona puede mantener su capacidad de obrar, porque en este caso sí es oportuno tener en cuenta solo su situación actual. Un caso del que he tenido noticia mientras escribo estas páginas es el de Carlos Carballo, un hombre que sufrió un infarto cerebral en 1999, a los treinta y dos años, como consecuencia del cual perdió el habla y la capacidad de mover cualquier parte del cuerpo salvo los párpados. Fue incapacitado y se nombró tutora a su esposa. Después, recuperó la movilidad del cuello, de algunos músculos faciales y del dedo índice de la mano derecha, con el que empezó a manejar un programa informático que se usa con un solo dedo. Ahora se relaciona con todo el mundo mediante el correo electrónico y ha escrito un libro autobiográfico, *El síndrome de cautiverio en zapatillas* (el síndrome de cautiverio es el nombre que recibe la situación de aquellos que, a pesar de tener sus facultades mentales en buen estado, no son capaces de comunicarse con los demás, por problemas de movilidad y pérdida del habla), y ha recuperado judicialmente su capacidad de obrar.¹⁰ A los que hayan leído *El conde de Montecristo* les vendrá a la memoria el viejo Noirtier, girondino de antaño, conspirador bonapartista, el destinatario de la carta que perderá a Edmond Dantès, el padre que el señor de Villefort hubiera deseado no tener, que pierde toda movilidad salvo la de sus párpados, pero que no pierde ni un ápice de su terrible carácter. Los ojos le permiten expresar sus emociones y los párpados le permiten expresar su voluntad, bien interpretada por su nieta Valentine y por su criado Barrois con la sencilla ayuda de un diccionario. Noirtier, quieto en su silla, mudo, es capaz de desempeñar, movido por su voluntad, un papel principal en la trama. ¿Cómo sostener que el menoscabo de la autonomía de Carlos Carballo, o de Noirtier, es *grave*, si uno y otro pueden comunicarse, escribir libros, oponerse eficazmente al matrimonio de su nieta o arruinar los perversos planes de Madame de Villefort? Y, entonces, ¿cómo afirmar que el menoscabo de la autonomía que sufre Maggie, que es menor que el de ellos porque puede hablar, es *grave*?

¹⁰ Véanse los diarios españoles del 10 de junio de 2006.

La respuesta es que conviene no confundir el problema de la capacidad de obrar con el problema de la eutanasia. Tanto la pérdida de la capacidad de obrar como la legitimidad de la eutanasia requieren un menoscabo significativo de la autonomía, pero los términos de ambos menoscabos no tienen por qué coincidir. Quien puede regir intelectualmente «su persona y bienes», como dice el Código Civil, no sufre un deterioro de la autonomía tal que justifique la pérdida de la capacidad de obrar y el nombramiento de un tutor. Además, en este caso de lo que se trata es de restringir un derecho, un derecho tan importante como lo es el que permite ejercer individualmente los propios derechos (a Carlos Carballo le hace particular ilusión haber recuperado el derecho al voto, a la participación política, y no es de extrañar: había dejado de ser un ciudadano o miembro de la comunidad y ahora vuelve a serlo), por lo que es exigible una interpretación restrictiva de la *gravedad* del menoscabo de la autonomía. En cambio, la legitimidad de la eutanasia puede no requerir un menoscabo tan grave, puede requerir solo que la persona haya sufrido una restricción muy significativa de sus opciones vitales, de manera que el sentido de la vida sea ahora radicalmente distinto para ella. Por supuesto, alguien podría sostener lo contrario, esto es, que solo y el mismo menoscabo de la autonomía que impide a una persona ejercer su capacidad de obrar es el que legitima la eutanasia, pero no veo que esta posición goce de mejores razones que la que considera que se trata de cuestiones diferentes. En realidad, más parece que en el caso de la privación de la capacidad de obrar no se exige solo menoscabo grave sino práctica desaparición de la autonomía por imposibilidad para expresar sus productos. De hecho, hay una sentencia del Tribunal Supremo español, de 2004, en la que se sostiene eso: el que no puede expresarse es como si no tuviera autonomía. Y esta parece una exigencia excesiva si la aplicamos a la legitimidad de la eutanasia. No se olvide, además, que, a diferencia del primer caso, ahora no se trata de restringir un derecho sino de no restringir un derecho (el derecho a la libertad) o, si se quiere, de conceder uno o de permitir su ejercicio (el derecho a morir dignamente), luego en este caso la interpretación de la *gravedad* del menoscabo de la autonomía no debe ser restrictiva sino extensiva, o más extensiva, en virtud de la obligación que tenemos en el razonamiento moral y jurídico de favorecer en lo posible la libertad individual. Por tanto, «gravedad» no significa lo mismo en uno y otro caso y, además, la interpretación de tal concepto indeterminado debe ser restrictiva en uno y extensiva en el otro. Son cosas distintas.

El sentido de la vida de Maggie

Volvamos ahora a los noventa minutos de película que preceden al combate por el título mundial, en el que Maggie sufre el accidente que la deja tetrapléjica. No hay duda de que el que haya visto la película entera, y no solo su última media hora, sabe del tipo de vida que ha llevado Maggie y de la ilusión que la ha mantenido en pie, que no es otra que la del boxeo. Nacida en un pueblo pequeño de Missouri, en el seno de una familia humilde, de la que se siente muy alejada desde la muerte temprana de su padre, sin estudios, habiendo trabajado desde adolescente como camarera en tugurios varios, ganando apenas lo mínimo necesario para vivir, sin amores conocidos, Maggie tiene, sin embargo, una pasión, extraña o incomprensible para muchos, pero una pasión que la mantiene activa, ilusionada y emprendedora, la pasión por el boxeo. La película es básicamente la historia de la lucha de Maggie por convertirse en una buena boxeadora o, lo que es lo mismo en este caso, la lucha de Maggie por dotar de sentido a su vida y realizarse como tal Maggie. A lo largo del filme vemos que efectivamente el boxeo lo es todo para ella, porque así lo dice pero también porque así se comprueba por contraste con las demás facetas de su vida. No parece ser una vida menos plena que las vidas de los demás, porque el boxeo, al fin y al cabo, también le permite a Maggie desarrollar relaciones personales satisfactorias, con Eddie y sobre todo con Frank, y tener sensaciones de progreso, de superación, de reconocimiento y de plenitud, entre otras; en todo caso parece una vida más plena que la de muchos otros seres humanos, que no tienen la ocasión de llevar adelante un plan de vida satisfactorio de la manera en que Maggie finalmente puede.

Pero lo que interesa destacar ahora es lo importante que es el boxeo para ella, para entender por qué el estado en que se encuentra tras su accidente menoscaba de forma particularmente grave su autonomía y, por tanto, satisface una de las hipotéticas condiciones necesarias de la legitimidad de la eutanasia. Esto no significa, claro está, que el hecho de estar impedida para la práctica del boxeo suponga, sin más, un menoscabo grave de la autonomía en cuanto condición necesaria de la legitimidad de la eutanasia. Maggie podría estar impedida para la práctica del boxeo a causa de muchas otras lesiones menos graves que la que sufrió o a causa simplemente de la edad. Hay, pues, que precisar un poco más. No solo está impedida para la práctica del boxeo, sino para cualquier otra actividad relacionada con el boxeo y para cualquier otra actividad de carácter físico; está impedida para todo aquello que pueda parecerse ligeramente a lo que a ella le gustaba hacer. Esto, por una parte. Por otra parte

está el hecho de que Maggie se ha trazado un plan de vida y lo ha llevado adelante casi hasta su culminación, al haber triunfado en el mundo del boxeo profesional (casi ha ganado su millón de dólares, que no es poca cosa, aunque cualquier espectador ve que no es solo eso, ni principalmente eso). Otros deportistas de élite dejan el deporte y se encuentran en la difícil situación de continuar viviendo de acuerdo con otro plan vital. Muchos lo consiguen, porque les quedan muchas cosas todavía entre las que poder elegir, pero no es así en el caso de nuestra protagonista. Para ella es muy difícil, o más bien habría que decir casi imposible, poder desarrollar otro plan vital mínimamente aceptable. Por eso, ella ve su vida como un camino de marcha atrás a lo largo del cual irá perdiendo lo que ganó, a lo largo del que se irá deteriorando de forma progresiva, pero no solo su cuerpo, como es ya evidente para todos, sino también su mente y su espíritu. Irá perdiendo la autoestima, o el alma, poco a poco, sin remedio.

Todo esto aparece cuando Maggie intenta explicar a Frank por qué quiere morir. Le dice que quiere morir ahora, ya, y no más adelante, porque ahora, le dice, «tengo lo que necesitaba, lo tengo todo», y sabe también que lo irá perdiendo; a Frank le pide que no permita que sigan quitárselo, que no es para ella sino ir muriendo poco a poco, ir dejando de ser la que es e ir perdiendo toda sensación positiva («yo me muero todos los días...», le dice). Así lo entiende Frank cuando le explica al sacerdote que «manteniéndola viva, la estoy matando» (de las conversaciones de Frank con su párroco hablaremos más adelante). Y así lo entiende también Eddie, cuando poco antes del final reafirma a Frank en su decisión de ayudar a Maggie a morir, diciéndole que «si hoy muere, sabes cuál será su último pensamiento: “creo que lo hice bien”. Yo así descansaré en paz». Con todo lo que de irracional tenga para algunos la idea de descansar en paz después de la muerte, las palabras de Eddie tienen un sentido muy claro y comprensible: si sigue viviendo, su vida será peor de lo que ha sido y, sobre todo y al final, su muerte será peor porque habrá perdido esa sensación de satisfacción y de plenitud que acaso pueda hacer que la muerte sea más aceptable o mejor bienvenida.

Autenticidad de la voluntad

El contexto ayuda no solo a determinar el alcance de una de las dos condiciones necesarias de la legitimidad de la eutanasia (el menoscabo grave de la autonomía, al que me he referido hasta aquí), sino también a determinar la concurrencia de la otra condición necesaria, la autenticidad de la voluntad. Ante

cualquier decisión tomada en circunstancias adversas, pero sobre todo ante cualquier decisión irreversible como lo es la de morir, queda siempre la duda de hasta qué punto se trata de una decisión tomada *libremente*, es decir, si no se tratará más bien de una decisión tomada de forma impulsiva e irreflexiva, que cabe imaginar distinta si el sujeto la revisase con cuidado. Por eso es seguramente legítimo revisar desde fuera su autenticidad, lo cual constituiría una forma de mínimo paternalismo, a todas luces justificado si alguno lo está y, si es así, tener en cuenta la trayectoria vital y el carácter del sujeto que decide puede ayudar significativamente a esa revisión. Una buena prueba de la autenticidad de la decisión puede ser que presente un alto grado de coherencia con la trayectoria vital y con el carácter del sujeto. Si alguien que conoce esa trayectoria y ese carácter puede elaborar en hipótesis cuál sería la decisión del sujeto en una situación como la que se encuentra, y si la decisión expresa del sujeto coincide con ella, tenemos buenas razones para pensar que se trata de una decisión realmente voluntaria y, por tanto, que la condición necesaria se cumple.

Million Dollar Baby ejemplifica muy bien lo que acabo de enunciar con carácter general. La decisión de Maggie puede parecer precipitada, mal fundada o irracional, impulsada por la angustia, el dolor y la frustración, y no es extraño imaginarlo así en una situación como la suya. La película no nos da, por cierto, toda la información relevante al respecto, o no nos la da con toda claridad, puesto que no se nos dice explícitamente cuál es la evolución esperable de la situación de Maggie. No sabemos cuál es su esperanza de vida o hasta qué punto las llagas serán o no controlables. Pero sí tenemos algunas pistas, como la reciente amputación de una pierna, y nada nos dice que después no venga la otra, o la seguridad de que la inmovilidad de Maggie no va a desaparecer ni a disminuir. En todo caso, podemos ponernos en la mejor de las situaciones posibles, una situación en la cual su estado se mantenga estable indefinidamente, sin deterioro mental pero con el riesgo irreductible del deterioro físico. En estas condiciones, la autenticidad de la decisión de Maggie puede concluirse a partir de cómo la fundamenta la propia Maggie en sus conversaciones con Frank y a partir de su persistencia en el tiempo, demostrada con dolor cuando Maggie se muerde la lengua para tratar de asfixiarse con su propia sangre o cuando, después de suturada, Maggie se arranca los puntos con los dientes. Cualquiera que estuviese presente durante esos pocos días tendría razones para creer que en efecto se trata de una decisión realmente voluntaria. Sin embargo, la conversación más significativa a este respecto, paternalista porque la interesada no está presente, es la que sostienen Frank y Eddie, donde desempeña un papel fundamental todo lo que ellos saben de ella, de cómo era ella antes, de cuál era su carácter. Sobre todo porque ella es como era y tiene el carácter que tenía (y ahí

no influye ni el accidente ni todo lo que ha venido después), los dos amigos saben que Maggie ha tomado una decisión plenamente consciente y que no cambiará de parecer. Si tenemos en cuenta todo eso, podemos estar mucho más convencidos de que Maggie quiere morir, porque hemos sabido de su determinación, de su bondad, de su sencillez, y porque sabemos del sentido de su vida. Todo eso nos reafirma en que cuando Maggie le pide a Frank que le ayude a morir lo está haciendo con la autenticidad exigible.

El morir como parte del vivir

En realidad, la película hace algo más que mostrar la relevancia del contexto a la hora de precisar la concurrencia de las dos condiciones supuestamente necesarias para la legitimidad de la eutanasia: además de eso, la película, al mostrar la vida de Maggie en perspectiva, acaba por constituirse ella misma en un argumento a favor de la eutanasia, es decir, acaba por hacernos ver que el menoscabo de la autonomía y el deseo auténtico de morir, bien entendidos uno y otro, son efectivamente condiciones de su legitimidad. En términos que serán familiares al lector interesado por estas cuestiones, podemos decir que *Million Dollar Baby* muestra que el acto de morir forma parte de la vida: no está más allá de ella sino dentro de ella, es su episodio o acto final, y por eso para todos los que valoran la libertad, la autonomía o la independencia reviste particular importancia no solo el hecho de que llegue la muerte, sino también las circunstancias en las que llegue. No da lo mismo cuándo ni cómo se muere. Todos los que valoran una vida libre, autónoma o independiente aceptarán de buen grado que el acto de morir debe ser también, en la medida de lo posible, el resultado de una decisión de ese carácter, sobre todo de una decisión que permita que ese acto final no contradiga toda la trayectoria vital anterior: queremos morir como hemos vivido, porque morir es vivir todavía. En este punto ha insistido mucho y bien Ronald Dworkin, haciendo ver que la eutanasia está justificada porque impide que el acto de morir contradiga el sentido que hemos querido atribuir a nuestra vida como un todo, esto es, porque permite que el morir sea un acto y no una circunstancia ajena en todos sus aspectos a nuestra voluntad o, cuando menos, porque permite que el morir no llegue a contradecir abiertamente el modo en que hemos querido vivir nuestra vida hasta ese momento, consiguiendo así que se mantenga coherente e íntegra.¹¹

¹¹ R. DWORKIN, *El dominio de la vida* (trad. de R. Caracciolo y V. Ferreres), Barcelona: Ariel, 1995, caps. 7 y 8.

La normalización moral y jurídica de la eutanasia permitiría ganar control sobre las circunstancias de nuestra propia muerte, eliminando así la anomalía que supone en las sociedades contemporáneas liberales el hecho de que un proceso vital tan relevante y significativo como es el de morir quede hurtado casi por completo a nuestra voluntad; un hecho que es anómalo por cuanto las sociedades liberales se orientan (o así se pretende) a garantizar el mayor nivel de autonomía para sus miembros en todas las facetas relevantes de su vida. El modo humano de morir, por supuesto, nada tiene de natural y todo de configuración social y cultural, luego nada debe encontrarse de extraño en que se proponga una modificación sustancial del mismo. En lo que al morir se refiere hemos superado el modo *tradicional* mediante su sustitución por lo que Víctor Méndez ha llamado el modo *tecnológico*, caracterizado por cosas como la cama de hospital, el respirador artificial y las sondas.¹² Pero de manera sorprendente esta modernización no es ni mucho menos acorde con el ideal de la autonomía: es más, el modo tecnológico de morir es en muchos aspectos o incluso en su esencia un modo no autónomo, porque las circunstancias de nuestra muerte quedan en su mayor parte al margen de nuestra libre decisión. Una sociedad que normalice la eutanasia, permitiendo así una vida más consistentemente autónoma a sus miembros, será ella misma una sociedad más consistente puesto que someterá a las exigencias del valor de la autonomía uno de los trances más significativos de la vida humana.

Además, solo así tendrá sentido hablar de un derecho a morir con dignidad, que debe concebirse genéricamente como el derecho a morir de acuerdo con la genérica manera humana de ser pero también, específicamente, como el derecho a morir de acuerdo con la particular o específica forma en que cada uno ha vivido su vida, de manera que, en perspectiva anticipada, podamos contemplar nuestra vida como un todo dotado de sentido en el que la forma de morir no desentone, y podamos esperar que los demás, después, contemplen nuestra vida de modo similar. Si tenemos derecho a disponer *mortis causa* de nuestros bienes, de nuestros órganos y de nuestros restos, con mayor razón debe dejársenos decidir que nuestra muerte sea conforme con nuestra vida tal como nosotros mismos la concebimos; y el mejor momento para morir no es necesariamente el más tardío. En estos términos podemos entender la manera de abordar la eutanasia en la película que nos ocupa y la particular relevancia del contexto vital a la hora de deliberar sobre su legitimidad en cada caso. En definitiva, haber conocido un poco de la vida de Maggie nos permite

¹² Véase V. MÉNDEZ, *Sobre morir: eutanasias, derechos, razones*, Madrid: Trotta, 2002, cap. 2, acerca de los modos tradicional y tecnológico de morir.

pensar que esa vida queda mejor resuelta muriendo ahora que haciéndolo más adelante. Se trata de eso simplemente, y eso es lo que expresan sus palabras y las de Eddie, que antes he transcrito.

III. *Una cuestión personal*

—No me pidas eso. Te quiero.
—Por eso te lo pido.¹³

Frank se las arregla solo

A la hora de tomar la decisión de ayudar a morir a Maggie, Frank solo la consultó con su párroco y con su amigo Eddie. No consultó con médicos, enfermeros, psicólogos ni abogados, ni sometió su caso a la consideración de comités de ética, ni mucho menos pidió autorización a la dirección del hospital o al juzgado competente. La de ayudar a Maggie a morir fue una decisión que Frank tomó por sí solo y que ejecutó por sí solo, naturalmente a partir de la inequívoca petición de Maggie. No fue, desde luego, una decisión fácil para él, ni tampoco una decisión poco meditada. Al contrario: la meditó largamente y la discutió largamente con el párroco y con Eddie, y fue, con seguridad, una de las decisiones más difíciles de su vida, como lo muestra su angustia, que no abandona la pantalla durante todo el tramo final de la película y que se desparra entre los espectadores, de seguro que tanto o más afectados en el último momento por esa angustia que por el drama de la propia Maggie. Como siempre que se le relata una situación de este tipo, en la que un sujeto medita y toma una decisión difícil, el espectador es interpelado acerca de si fue o no fue la correcta. De hecho, por eso están escritas estas páginas, como reacción de un espectador al que se requiere opinión: ¿hizo bien Frank?

Todo lo que ha quedado ya dicho en el epígrafe anterior forma parte del material para elaborar la respuesta pertinente, pero aún queda algo más: no se trata solo de si era legítimo ayudar a Maggie a morir, sino de si Frank hizo bien en tomar la decisión por sí mismo, con la sola ayuda de un sacerdote católico y de un amigo, sin tener en cuenta la opinión de profesionales de la medicina ni del derecho. Queda claro lo que esto significa: que, para Frank, se trataba de una decisión privada y, como tal, digna de consultarse solo con gente de su

¹³ F.X. TOOLE, *Million Dollar Baby*, *op. cit.*, p. 124.

círculo íntimo. Frank no ignoraba que el derecho vigente prohíbe su acción y que médicos y enfermeros del hospital donde estaba Maggie tratarían sin duda de impedirle llevar a cabo su plan de ayudarla a morir. Por eso actuó en secreto; por eso es él mismo el que tiene que ejecutar la decisión. Pero se diría que no le importa mucho, porque no parece que Frank se forme una opinión acerca de si la legislación sobre la eutanasia es la correcta o no, ni tan solo que se lo plantee en ningún momento, pues en ningún momento parece dudar de que se trata de una decisión suya en exclusiva y de que, en consecuencia, lo que pueda estipular el derecho acerca de su acción carece de relevancia para él. Es más, compartir la decisión con alguien supondría para él una dejación de responsabilidad, siquiera parcial, y, por tanto, la ruptura de su compromiso con Maggie, del que ya hemos hablado antes (bien visto, el hecho de que sea él mismo el que ejecuta la decisión, el que desconecta el respirador e inyecta la adrenalina, en un momento de completa intimidad para los dos, no solo expresa prudencia sino sobre todo deseo y necesidad de que sea así, para que la responsabilidad sea íntegra y el compromiso se mantenga íntegro, y así el equilibrio).

La decisión de actuar en solitario no fue, pues, problemática para Frank. Sí lo es para nosotros, porque la película nos plantea implícitamente una antinomia, un choque de normas, y nos vemos obligados a tomar partido, haciendo valer la una por encima de la otra. La una es la norma que le dice a Frank que debe tomar la decisión por sí mismo; la otra es la norma o el conjunto de normas sociales (jurídicas y de otro tipo) que regulan la eutanasia de uno u otro modo, pero en todo caso prohibiendo una actuación libérrima como la de Frank. Aunque simpaticemos con su acción, incluso aunque concluyamos que actuó de la manera correcta por razones derivadas de la particularidad del caso, no creo que estemos dispuestos a aceptar que el derecho permita con carácter general una actuación de ese tipo. Por ejemplo, podríamos pensar, aunque no sea eso lo que hemos supuesto, que Frank actuó como lo hizo llevado por la rigidez de una legislación que prohibiese cualquier tipo de eutanasia (no sé si es el caso de la legislación norteamericana aplicable), y podríamos entonces aprobar su acción con independencia de que pensemos que alguna regulación jurídica es necesaria; podríamos pensar también que no se debe sancionar a Frank por lo que ha hecho, o que ha actuado globalmente bien, y pensar al mismo tiempo que debe haber alguna norma jurídica que obligue al personal de los hospitales a tratar de impedir una acción como la de Frank. Por eso interesa no tanto preguntarnos si Frank hizo bien o no, sino otra cosa diferente, pero sugerida por la manera de actuar de Frank: ¿qué papel le corresponde al derecho y a la medicina en situaciones como esta? Además, bien puede ser que los autores de la película y del relato en que se basa hayan querido cuestionar el papel que

hoy se atribuye a la sanidad y el derecho mediante el recurso de negarles cualquier participación en la muerte de Maggie (siquiera sea en un plano secundario, porque su primera intención parece ser la de mostrar el vínculo íntimo que une a los dos protagonistas). Así que bien haremos en asumir su envite, reflexionando sobre los roles que la película sugiere para el derecho y la sanidad.

El lugar del personal sanitario

En el tramo final de la película, el lugar del personal sanitario es uno muy discreto, porque ningún personal de este tipo participa en la toma y ejecución de la decisión de ayudar a Maggie a morir. Por supuesto, este personal (médicos, enfermeros, celadores) está presente porque ese tramo final es la historia de una enferma y se desarrolla en una clínica: el personal médico y sanitario ofrece el diagnóstico acertado y propone y aplica el tratamiento curativo y paliativo adecuado en cada momento. En este sentido, la medicina y la asistencia sanitaria salen muy bien paradas en la película: los médicos y demás trabajadores de la clínica se comportan muy bien en todo momento, conservando una actitud eficiente y discreta de lo más admirable. Lo que llama la atención es que desaparecen de la escena en cuanto a la enferma le llega la hora de decidir dejar este mundo o quedarse en él. A este respecto se limitan a ofrecer la información relevante mediante el diagnóstico prospectivo, previendo cómo será la vida de Maggie, si sigue viviendo. No lo hacen, desde luego, con la consciencia de suministrar una información que vaya a ser utilizada para decidir morir o seguir viviendo. Si así fuese, si Maggie tuviese reconocida la libertad de elegir entre la vida y la muerte, el personal sanitario debería haber ayudado a Maggie a morir, sustituyendo a Frank, una vez que la decisión hubiera sido tomada. Pero ya no están ahí, sino como un obstáculo (las enfermeras que suturan las heridas autoinfligidas por Maggie, o la celadora a la que Frank ha de esquivar para llevar a cabo su propósito). Según escribe Benjamín Rivaya en este mismo libro, la ausencia del personal sanitario queda destacada, y cuestionada, por el hecho de que Frank se equivoque a la hora de asistir a Maggie a morir, porque primero desconecta el respirador y después le inyecta la adrenalina, cuando hubiera debido hacerlo en orden inverso si quería evitarle sufrimientos. Siendo así (que no lo sé, pero tampoco importa mucho), esta no sería una crítica dirigida contra los practicantes de la medicina, sino contra una legislación que fuerza a la gente a buscar sus propias soluciones, provocando errores como el de Frank que no hacen sino empeorar, pero no evitar, la muerte de Maggie.

El rol de la sanidad, pues, no lo sitúa la película en el ámbito de las decisiones, no son los médicos ni ningún otro personal sanitario quienes deben decidir cuándo debe morir una persona. Algo parecido ha escrito Víctor Méndez a la hora de comentar ciertas reacciones ante la película de Amenábar sobre el caso de Ramón Sampedro: «en la historia de un enfermo crónico no hospitalizado que quiere morir, no es necesario que tenga un papel crucial ningún profesional de la medicina». ¹⁴ Es solo parecido porque se refiere a enfermos crónicos *no hospitalizados* y Maggie sí lo está; pero cabe añadir que en el caso de enfermos crónicos hospitalizados que desean morir tampoco debe ser crucial el papel de la medicina, si por crucial entendemos vinculado con la decisión, y a salvo de ciertos casos extremos de enfermos que hayan perdido la consciencia y no vayan a recuperarla de ningún modo, de los que ahora no me quiero ocupar. En ese mismo artículo se refiere también Víctor Méndez al «antiquísimo monopolio del que gozaba la corporación médica para definir a su antojo la naturaleza de sus relaciones con la población» y que ha ido «mermando en las últimas décadas gracias a un proceso de conversión del paciente en ciudadano que aún perdura». ¹⁵ Creo que, en esencia, el modo en que las relaciones médico-paciente se muestran en *Million Dollar Baby* puede contemplarse como muestra de ese proceso, aunque no sea ese uno de los temas centrales de la película, que, insisto, se mueve casi siempre en el terreno de las relaciones íntimas o privadas. Por tanto cabe percibir en la película una crítica implícita de la actitud de aquellos médicos que intentan participar de manera más activa en los procesos de decisión en casos de eutanasia o, en el peor de los casos, consideran que es a ellos a quienes corresponde, sin más, la decisión.

El lugar del derecho

El derecho y todos sus variados agentes sí que brillan por su ausencia. Su voz no se oye en ningún momento del proceso de reflexión y decisión de Frank. Parece que, a su juicio, el derecho nada tiene que decir, que es de todo punto irrelevante salvo, claro está, a efectos prudenciales: Frank actúa en secreto para que su objetivo no se frustre y seguramente también para no ser perseguido después por ello. Solo un jurista aparece durante la película, el abogado que contrata la familia de Maggie para que les ayude a tramitar de la manera jurí-

¹⁴ V. MÉNDEZ, «Mar adentro y tierra de por medio», *El País*, 16 de noviembre de 2004.

¹⁵ *Ibidem*.

dicamente correcta lo que quieren obtener de ella, a saber, la cesión de la gestión de todo su ya respetable patrimonio, con fines que se advierten aviesos. La operación se frustra por la tajante negativa de Maggie a firmar la cesión, ocasión que aprovecha el director de la película para dar el último palo a una familia dibujada quizá con trazo demasiado grueso, porque la familia (¡madre incluida!) se marcha de la clínica enfurruñada al no haber conseguido el que parecía único objetivo de su visita. De paso, la profesión jurídica sale también malparada porque el que ya digo que es su único representante, el abogado de la familia, un hombre gordo y sudoroso, desempeña un papel como mínimo antipático a los ojos del espectador: el de servidor carísimo y sin escrúpulos de esos aviesos fines. Nada tiene que ver la presencia de este abogado con la relación entre derecho y eutanasia, pero al ser la única presencia jurídica explícita en la pantalla hay que concluir que, aunque sea de manera indirecta, el tratamiento del derecho no es muy benévolo.

La otra presencia, la que no es explícita, es una sombra: la sombra de los guardianes de la ley, jueces, fiscales y policías, que caerán sobre Frank en cuanto se enteren de lo que este pretende hacer, y no le dejarán ayudar a Maggie. De esta ausencia, o presencia sombría, del derecho se sigue no tanto el rechazo de cualquier regulación jurídica de la eutanasia, sino el rechazo de una regulación jurídica de la eutanasia que no reconozca el derecho a decidir del sujeto implicado. De forma parecida a lo que dijimos de la sanidad (y, en especial, de la medicina en particular), lo que hace la película respecto del derecho es ningunearlo para expresar que si el derecho no respeta la libertad de morir con dignidad, entonces no merece la pena que lo tengamos en cuenta, porque la eutanasia es una cuestión moral tan seria como para anteponer nuestro autónomo criterio moral a cualquier criterio jurídico que se le oponga. Y eso, por supuesto, no implica que no haya de atenderse ningún criterio jurídico, sino solo aquel que, insisto, sea respetuoso con el derecho a decidir o a morir con dignidad, que de las dos formas cabe formularlo si lo esencial de la acción digna es la libertad en su realización.

Digámoslo de otro modo más directo: el espectador que está viendo el secreto con el que actúa Frank da por supuesto que lo hace porque en otro caso unos y otros se lo impedirían. Se lo impedirían los médicos, porque dirían que la calidad de vida de Maggie no es tan baja como para justificar la eutanasia, o la dirección del hospital, en el mejor de los casos hostigándole con burocracia inacabable, o el fiscal del distrito, que, de enterarse de sus intenciones, dictaría orden de alejamiento y no dejaría que la volviera a ver. Esto se lo imagina el espectador aunque la película no lo haga explícito porque ya tiene en la mente el modo en que se aborda y regula socialmente la eutanasia

(y esto, con independencia de que esté o no de acuerdo con ello), un modo que impide que sean los directamente implicados (Maggie y Frank en este caso) los que decidan libremente. Tampoco se nos dice en la película de manera expresa que esto no deba ser así, pero la historia tal cual se desarrolla cuestiona cuando menos el modo y la intensidad de la injerencia pública en situaciones de este tipo.

Religión y autonomía moral

Capítulo aparte merece la religión, que ocupa un lugar importante en la película y en particular en la parte final de la misma. Esta importancia deriva seguramente del carácter autobiográfico de los relatos en los que se basa la película, dado que su autor era católico practicante. La voz de la religión es la única voz pública que se escucha durante la película. No habla el médico ni el fiscal ni el juez, pero sí truena el sacerdote, conminando a Frank a que no ayude a Maggie, amenazándole con la condenación eterna, exigiéndole que deje el destino de su amiga en manos de Dios. «Pero, padre —le responde Frank— no le está pidiendo ayuda a Dios, me la está pidiendo a mí.» Ay, esta frase en labios de un católico suena casi sacrílega, pero tan, tan humana, tan expresiva de la necesidad de decidir por uno mismo las cosas más importantes, tan expresiva de la autonomía moral, vivida aquí no tanto como un deseo o una aspiración, sino como una necesidad impuesta por nuestra relación de compromiso con los demás.

Ya he dicho que, a mi juicio, el mensaje central de la película sobre la eutanasia es que se trata de una cuestión personal en la que la autonomía moral individual debe respetarse todo lo posible, pero tengo que volver a insistir, porque la expresión suprema de esa forma de pensar la encontramos en el momento en el que Frank se debate entre lo que su religión parece exigirle y lo que le parece exigirle su compromiso personal con Maggie. Y es expresión suprema porque al fin Frank opta por ayudar a Maggie a morir, de acuerdo con su conciencia y con su comprensión del vínculo que le une a ella, y en contra de su propia religión, con lo que eso supone, nada más y nada menos que la condenación eterna, si hemos de creer a su párroco. Dudo mucho de que en cualquier más allá que merezca la pena se condene eternamente a Frank por lo que hizo, pero esto vale decirlo solo de paso, porque no es lo relevante aquí: lo relevante es que el representante de la religión no lo considera así y que, por ese motivo (o por el que sea), Frank tampoco lo considera así y piensa en cambio que se ha condenado. Pues la narración finaliza así: «con los zapatos en la mano,

pero sin su alma, bajó en silencio la escalera de atrás y se marchó, con los ojos tan secos como una hoja agostada».¹⁶

Este final es intrigante para mí, porque no sé si está ponderando el coraje de la autonomía moral individual frente al chantaje de la religión, o bien la fuerza (irracional) del amor frente a las exigencias (racionales) de la moral, incluso las generadas autónomamente. Pues el hecho de dejar su propia alma en la habitación, junto al cuerpo sin vida de Maggie, podría significar que Frank opta por seguir los dictados de su conciencia aun cuando tenga que pagar el precio de su condenación eterna (una contraposición que algunos encontrarán absurda, pero que puede no serlo para los que asumen una concepción autoritaria de la relación del hombre con Dios); pero también podría significar que Frank actúa guiado por una fuerza superior a la de su conciencia, que es la del amor: si su conciencia (religiosamente orientada o no; en esta visión de la escena final, religión y conciencia no se oponen necesariamente) le dicta que se abstenga de ayudar a morir a Maggie, el amor que siente por ella le fuerza a hacer lo que ella desea o lo que él cree que es mejor para ella. No sé cómo debe interpretarse el hecho de que Frank crea que ha perdido el alma, pero lo que no depende de dicha interpretación es la inequívoca censura de la posición de la Iglesia católica, inflexible contra la eutanasia, con una rigidez que va acompañada de una dejación de responsabilidad, de un alejamiento de los problemas reales de la gente. Es lo que muestra el párroco, porque su requisitoria («apártate de ella, Frank, y déjasele a Dios») es el último consejo que Frank seguiría, lo último que haría sería apartarse de ella.

En España se criticó mucho la visión que de la Iglesia católica ofrece Amenábar en *Mar adentro*, a través de la figura del sacerdote tetrapléjico que visita a Ramón Sampredo. Lo que pasa es que, de hecho, la Iglesia muestra esa actitud rígidamente hostil a la eutanasia, recurriendo a menudo a los argumentos que aquel sacerdote manejaba, en aquella pintoresca conversación con la escalera de por medio. El catolicismo (al menos el oficial) considera que los hombres no pueden disponer de su vida eligiendo el momento de su muerte. Quizá esté obligado a entenderlo así como consecuencia de otros elementos constitutivos de su forma de entender el vínculo que une a Dios con los hombres, pero la coherencia interna del mensaje católico sobre la eutanasia no importa mucho a los no creyentes ni, por supuesto, sirve para justificar por sí sola el mensaje.

En realidad, lo que la actitud católica ante la eutanasia pone de relieve es su dificultad, y quizá la de las religiones en general, para asumir las consecuen-

¹⁶ F.X. TOOLE, *Million Dollar Baby*, op. cit., p. 133.

cias de la afirmación de la autonomía moral individual, una dificultad que viene complicando la existencia a los católicos y no católicos desde hace ya unos cuantos siglos. En todo caso, la película parece contener una crítica específica de la religiosidad católica, en tanto impersonal e impuesta desde el exterior del sujeto: Frank, fiel creyente, no es capaz de encontrar por sí solo la respuesta que de acuerdo con su propia religión debe considerarse correcta para su problema; al contrario, tiene que preguntárselo al párroco, pero este no le ofrece pautas para la reflexión personal, valores más o menos abstractos de acuerdo con los que orientar su acción, sino que le impone una respuesta perfectamente definida, impermeable a las circunstancias peculiares del caso concreto, y que Frank no puede vivir sino como perfectamente ajena a él y a la causa de su desasosiego. Obsérvese, a este respecto, las diferentes reacciones de Frank y del párroco ante un estímulo muy similar. Requeridos el uno por Maggie y el otro por Frank, ambos reaccionan al principio con similar rechazo, Frank negándose horrorizado a ayudar a Maggie, y el párroco negando igualmente la más mínima legitimidad a cualquier forma de eutanasia. Ahora bien, en segunda instancia Frank hace suyo el problema de Maggie, lo sufre con ella y acaba por comprender sus razones, al menos en el sentido de comprender que Maggie está moralmente autorizada a pedir lo que pide y él obligado a ayudarla de algún modo, aunque no comparta el deseo de ella; en cambio, el sacerdote se encastilla en su reacción inicial y de ella no se mueve un ápice, lo cual puede mostrar la solidez de sus convicciones pero también su dificultad para comprender los problemas de los demás y para darles alguna satisfacción.

Frank no podrá, por tanto, apoyarse en su religión ni en sus ministros, y la decisión será enteramente privada, consensuada entre los tres vértices del triángulo, Maggie, Eddie y él mismo. Así recuperará la tranquilidad y el equilibrio perdidos, un equilibrio muy diferente del que hubieran podido imaginar antes del golpe fatal: Maggie muerta, Eddie en el gimnasio y él al cargo del viejo bar de carretera y sin alma. Cabían otras posibilidades pero él optó por esta. Puede no compartirse, pero no es difícil de comprender.

IV. Conclusión: la dignidad de la vida de cada uno

El asno de oro es una magnífica historia escrita por Apuleyo hacia el año 170 de nuestra era, en la que se nos narran las desventuras de Lucio, un hombre que ha sido convertido en burro por obra de las malas artes de una maga y de su propia curiosidad, y sus esfuerzos por recuperar la forma humana. Al final, cansado ya de luchar y de no lograrlo por sus propios medios, invoca a la Diosa, a

la Reina del cielo y le pide: «vacíame de este espantoso aspecto de acémila, tórname al de los míos, devuelve a mi ser el de Lucio; y si algún dios ofendido me apremia con implacable rigor, déjame morir, ya que vivir no se me permite».¹⁷ He leído este libro casualmente al mismo tiempo que preparaba estas páginas, y me ha sorprendido la rica variedad de referencias a la idea de la vida digna como vida que vale la pena ser vivida por contraste con formas indignas de vida que pueden ser rechazadas con razón. Lucio no le pide a la Diosa sino que le permita llevar la vida que él considera digna de sí, de un humano, o que en otro caso le permita morir, siempre mejor que vivir con indignidad. El mismo Lucio, tiempo antes, cuando se ve amenazado de emasculación, «no hacía más que llorar, como si con la pérdida de la parte más noble de mi cuerpo pereciera yo entero. Buscaba la manera de matarme de hambre, o de despeñarme, que, morir por morir, prefería hacerlo en toda mi integridad» (p. 192). La actitud ante la muerte también puede ser más o menos digna, más o menos íntegra, como muestra la disposición del ladrón disfrazado de oso, que «por más que estuviera acercándose a los confines de su vida, no dejó de lado el arrojito que nos caracteriza [a los ladrones], y siguió luchando, aunque se viera ya en las fauces abiertas del Can Cerbero. Representó con animosidad el papel que había aceptado por su propia voluntad» (p. 123). Otro ladrón, el jefe de la banda, opta también por morir antes que vivir indignamente, al menos desde el punto de vista de su peculiar ética profesional, cuando se queda manco: «nos rogó encarecidamente por la diestra de Marte, y por la fidelidad de la palabra dada, que libráramos a un buen compañero como él del sufrimiento y de la cautividad al mismo tiempo, porque un ladrón con arrestos no debe sobrevivir a su mano, la única con la que puede coger y matar, y que daba por bien empleado el sucumbir por propia voluntad a manos de un amigo»; de manera que, cuando acaba muriendo por su propia espada, su compañero comenta que «le dio a su muerte un sentido digno de sus virtudes» (p. 118). Después de todo este repertorio de casos de eutanasia vinculados con la apreciación de la distinción entre vida digna e indigna, no es extraño que Apuleyo considere que la muerte no es el peor de los males, sino un alivio en ciertas circunstancias (p. 204).

Las referencias a *El asno de oro* bien valen para mostrar la larga tradición (desde luego precristiana) de la creencia de que solo una vida digna merece la pena ser vivida y de que la forma de morir es también parte de la dignidad de nuestra vida. Además, valen para mostrar que la idea de la vida digna tiene

¹⁷ APULEYO, *El asno de oro* (ed. de José María Royo), Madrid: Cátedra, 11.ª edición, 2003, p. 273.

mucho de común a todos los humanos pero tiene también mucho de individual, pues la dignidad está vinculada no solo con la pertenencia al género sino también con las opciones vitales de cada uno. Desde *El asno de oro* a *Million Dollar Baby*, a través de los siglos y de los géneros de expresión, se nos viene haciendo notar que no cualquier forma de vida humana es mejor que la muerte y que, si valoramos y respetamos a los humanos por su capacidad para decidir libremente, debemos admitir la legitimidad de la decisión de morir, porque es una de las más importantes que una persona puede llegar a tomar. Qué duda cabe de que la muerte sigue siendo un misterio y una amenaza, inconcebible y terrible a la vez, pero de ahí no se sigue que debemos obligar a vivir a los demás una vida mala que ya no quieren seguir viviendo.¹⁸

Las invasiones bárbaras, o del buen morir¹⁹

Cuando a Rémy le llegó su hora se encontró postrado en una cama de hospital, en un cuarto sin aire acondicionado que compartía con otros tres pacientes, sin posibilidad de recurrir a la medicina más avanzada, con la amenaza del dolor y sin derecho a queja; porque, como él mismo nos confiesa, había votado en su día a favor de la nacionalización de los hospitales de Quebec, dando a entender que de ahí deriva el lamentable estado en que se hallan, ese estado de masificación y desorden que las imágenes nos van mostrando. Su muerte, tan próxima ya, tenía toda la traza de tener lugar de acuerdo con eso que Víctor Méndez Baiges ha llamado el modo tecnológico de morir, el modo en que mueren casi todos hoy en nuestro occidental mundo.

Hasta que apareció su hijo, Sébastien, llamado por su madre con urgencia y recién llegado de Londres. Ya se nos dice, y luego podremos comprobarlo, que la relación de Sébastien con su padre no es nada buena, pero él hace la maleta, recoge a su prometida y en un santiamén se planta en Montreal. Sébastien, joven triunfador adinerado, se sorprende del estado que presenta el hospital y de la pobre atención que recibe su padre, e inmediatamente se hace cargo del panorama. Con él hace su presencia el dinero, pero también la resolución. Contacta primero con un amigo que trabaja en una clínica especializada de los Estados Unidos y arregla una visita para que su padre sea sometido a cierta prueba médica que a la postre no hará sino confirmar lo irreversible del cáncer

¹⁸ Este trabajo se enmarca en el proyecto de investigación *Derecho, Cine y Literatura*, SEJ2005-05469/JURI, del Ministerio de Educación y Ciencia.

¹⁹ *Les invasions barbares*. Canadá, 2003. Escrita y dirigida por Denys Arcand. Duración: 99 minutos.

que padece. Así las cosas, el amigo le propone a Sébastien que ingrese a su padre en su clínica, donde estará mejor cuidado que en ningún otro lugar (el dinero, con el hijo de por medio, no es problema). Pero Rémy se niega en redondo; izquierdista redomado, no quiere ir a morir a casa del vecino americano. De modo que su hijo, que ha cogido las riendas y no las va a soltar, busca la manera de acomodar al padre lo mejor posible.

Siempre con el todopoderoso metal en la mano y con buenas dosis de iniciativa, atrevimiento e inteligencia (esto es, con todas las virtudes de un tiburón de las finanzas internacionales), se las ingenia para sobornar a medio hospital y consigue que ubiquen a su padre en una estancia de la planta sótano, absurdamente vacía en un hospital tan atestado. El personal no sale, desde luego, muy bien parado, y no me refiero tanto al sanitario sino al administrativo, desde la jefe de administración hasta los peculiares representantes sindicales, pero el caso es que con su método infalible Sébastien consigue todo lo que se propone, siempre al margen de las normas generales. Al mismo tiempo, entre su madre y él van localizando a viejos amigos y amantes de su padre (hay que advertir de que la madre se divorció del padre hace tiempo, pero ahora está a su lado, dispuesta y discreta), y poco a poco van reuniéndose en torno a su cama. El hijo se las compone también para conseguir heroína y a alguien que no tenga problemas en administrársela al padre. La misma persona, hija de una de las amantes del padre y amiga de la infancia del hijo, se encargará de ambas tareas, la de comprarla y la de inyectarla, pues ambas le resultan habituales. Esto, porque Sébastien se ha enterado de que la heroína es mucho mejor que la morfina cuando se trata de aliviar los dolores y de conseguir que su padre se sienta mejor.

Poco a poco, el modo tecnológico de morir va dando paso al modo tradicional. Rémy se encuentra rodeado de las personas que más han significado en su vida, tranquilo, cómodo, bien cuidado y aliviado. Las conversaciones y las evocaciones se suceden, en un constante ir y venir entre el pasado y el presente; pero no todo es mirar atrás, porque en la situación en que se halla, Rémy tendrá ocasión también de entablar nuevas relaciones, como la que surge con Nathalie, la joven heroinómana, y de vivir nuevas experiencias.

Más tarde, el omnipresente Sébastien organiza el traslado de su padre a la casa que uno de sus amigos tiene junto a un lago, el lugar que el padre ha elegido como más deseable para pasar sus últimos días, y allí se traslada también toda la compañía que le rodea, bien conscientes todos de cuál es la situación. Siguen las charlas, las bromas, las risas, la comida y la bebida, pero también el miedo, la desesperación, los encontronazos y los desencuentros, que despiden un aire de catarsis y de esperanza de reconciliación, sobre todo en el caso de la

tensa relación entre el padre y el hijo. Al fin, llega el momento de morir y, por tanto, el momento de la despedida. Uno por uno, todos van diciendo adiós a Rémy, que, asistido de manera conveniente por Nathalie, muere en el momento decidido y previsto.

El momento final tiene una importancia muy pequeña en la película, que, por eso, es una película sobre la eutanasia muy diferente de *Million Dollar Baby* o *Mar adentro*, en las que casi todo se orienta, narrativa y emotivamente, a ese momento final de la muerte. En el caso de *Las invasiones bárbaras*, la disposición del protagonista es muy otra, pues no se trata de un enfermo que quiera morir, sino de un enfermo que va a morir en todo caso, y de forma inminente. Visto el desarrollo de la película, vista la energía con que Sébastien toma en sus manos la situación de su padre, a nadie le cabe duda de que Rémy morirá de esta forma, es decir, eligiendo el momento, el modo y el lugar. No, aquí lo que importa es más bien el proceso de morir en toda su dimensión. Lo que la película muestra es la muerte de Rémy entendida como proceso y no como acto, como parte de su vida y no como desenlace de la misma, y el modo en que tiene lugar al margen de la oferta estandarizada a la que la inmensa mayoría ha de someterse, todo gracias a la aparición de su hijo, que con esa mezcla de cualidades ya descrita consigue que ese proceso soñado se haga realidad. Esto no significa, por cierto, que la muerte de Rémy sea buena o deseable para todos. Otros preferirán quizá morir de otra manera, en la intimidad o en soledad, o sin llamar la atención de nadie o sin recurrir a las drogas. Dicho esto, no cabe duda de que la opción de Rémy resultará muy apetecible para muchos pero, en todo caso, lo más importante es que se trata de la que él ha elegido y no de la que otros le imponen. Así, la película se convierte en una apelación al futuro del espectador, que no dejará de pensar en qué hará él cuando se halle en la situación de Sébastien o en la de Rémy. Una película como esta nos habla de nosotros mismos.

Sorprende que en estos tiempos de exaltación de la autonomía individual, la última fase de la vida sea librada a la iniciativa ajena y resulte tan radicalmente heterónoma. Quizá la razón sea que no concebimos nuestra muerte, ni la de los demás, como un trance vital sino, repito, como el desenlace, como algo que ya no es vida, sino punto final de la vida. Además, dado que esa es la aparente tónica general, debe de resultar muy difícil invertir los términos cuando le toca a uno: pedir o exigir para uno mismo aquello de lo que no disfruta nadie, sobre todo en esa circunstancia de extrema dependencia, debe costar mucho. No parece que Rémy hubiera estado en disposición ni condiciones de modificar su destino final de enfermo desahuciado ordinario, si no llega a ser por la presencia de su hijo. El papel de Sébastien resulta, por ello, de lo más

interesante. En realidad, es el genio que hace realidad los deseos de su padre, con la particularidad de que él debe contribuir a conformarlos en vez de limitarse a ejecutarlos. El hecho de que la relación entre padre e hijo haya sido tan tormentosa y que haya desembocado en la incompreensión y el alejamiento va a permitirnos comprobar que el proceso de morir es todavía parte de la vida, no ya solo de la del moribundo sino también de la de sus allegados; y que uno no deja de participar de la vida hasta que muere, obvio suena pero no siempre lo entendemos así. Rémy y Sébastien van a tener tiempo para reconocerse y reconciliarse, a pesar de todas sus diferencias. Habrá tiempo para oír de boca de los demás lo que el uno ha hecho y siente por el otro, y para tomar conciencia de los poderosos vínculos que les unen por encima de la tirantez de la relación. Habrá tiempo, en fin, para tocarse como la enfermera le recomendó a Sébastien: «Tóquelo, sobre todo tóquelo» (qué poco nos tocamos, es cierto).

Demos ya por sentado que los últimos días de la vida de Rémy fueron como mejor podían ser, y que muestran una manera de morir muy distinta de la que hemos organizado socialmente. Observemos ahora dos mensajes que la película nos transmite mientras nos relata esos días. Uno es el del poder del dinero. En efecto, si no llega a ser por la desahogada posición del hijo, todo aquello no hubiera sido posible. El humor negro con que se nos cuenta ante qué poderoso caballero nos hallamos puede tener varios sentidos, y entre ellos me quedo con este: en un mundo como el nuestro, algo habremos de hacer para evitar que la buena muerte esté reservada solo para unos pocos. Ese algo no puede consistir únicamente en nacionalizar los hospitales, porque ese es el punto de partida de la película. Se trata, más allá de eso, de desburocratizarlos y de democratizarlos, y de orientar sustancialmente todo el tránsito hacia la muerte a formas, lugares y contextos bien distintos. Ahí es nada, pero se trata de una empresa colectiva que no deberíamos retrasar por más tiempo.

El otro mensaje, más directo para el espectador, es el que nos transmite la actitud del hijo. Ante una situación como la de su padre, se nos está sugiriendo que hemos de tomar la iniciativa para hacer del proceso de la muerte de nuestros seres queridos una parte de nuestra vida y de la suya. Se trata de arrebatarse a nuestros moribundos de la burocracia de la muerte, de hacer que esa muerte sea realmente suya, indagando su voluntad, interpretando sus deseos y aún más involucrándonos en su vida, porque también en esos días finales queda mucho por vivir. No solo, como suele pensarse, por su bienestar, sino también por el nuestro. Se trata de algo más que cuidar de los enfermos, se trata de seguir viviendo con ellos, si cabe más intensamente y con la conciencia de que ha llegado el momento de hacer y decir lo que está pendiente. En una palabra: el mensaje transmitido es que debemos hacer lo posible por revitalizar el proceso

de la muerte de quienes nos rodean. Todos saldremos ganando. Hay un riesgo, que es el de cometer errores o ir más allá de lo debido: nada más patético que esos alumnos de Rémy, profesor universitario, que van a visitarle para interesarse por él y hacerle notar lo buen profesor que era, para que después acabemos descubriendo que han sido convenientemente sobornados por Sébastien. Sus alumnos, pues, quedan del lado del personal de servicio del hospital y no del lado de los amigos y las amantes, en el trato dispensado por Sébastien y en la actitud que muestran. Pero precisamente porque lo que Rémy desearía de ellos es una actitud bien distinta, se pone de relieve que en este caso su hijo ha metido la pata; y, de paso, en otro orden de cosas, el peligro de destrucción que corre la relación entre alumnos y profesor cuando acaba por burocratizarse.

Por supuesto, no todas las muertes son iguales ni pueden serlo, ni hemos de desear que lo sean. No todos los moribundos estarán en condiciones físicas ni psicológicas de gozar de una muerte como la de Rémy, ni tampoco se nos oculta que de morir se trata y que la experiencia es sobre todo personal, dura y de difícil asunción. *Las invasiones bárbaras* es una película y como tal relata una historia personal, un caso particular, pero es una muy buena película que nos hace pasar un buen rato, nos emociona y nos obliga a pensar sobre nosotros y sobre nuestro modo de comportarnos cuando, tarde o temprano, hayamos de pasar por ahí. Más que nada, diría que nos propone dejar de pensar en la eutanasia como un acto de matar para empezar a comprenderla como un proceso vital.

SEGUNDA PARTE
LA EXPERIENCIA DE EXIT-ADMD
SUISSE ROMANDE

Todos los textos que se reproducen en esta segunda parte han sido traducidos del original francés por Albert Royes.

La asistencia al suicidio es plenamente legal

Jérôme Sobel

Presidente de EXIT-ADMD
Suisse Romande

Suiza es un país donde se vive bien y donde quienes así lo solicitan pueden morir con dignidad. Este logro no se ha alcanzado sin esfuerzo y la asociación EXIT-ADMD Suisse Romande¹ (Asociación para el Derecho a Morir con Dignidad) ha contribuido a esta ansiada evolución. Nuestra asociación ha colaborado enormemente en el reconocimiento legal de las *voluntades anticipadas* y en la aceptación de la figura del *representante terapéutico*. Recordemos que en 1981 la Academia Suiza de Ciencias Médicas (ASSM) consideraba que la declaración anticipada de un paciente no comprometía al médico. En 1999, la ASSM recomienda al médico respetar los derechos del paciente y, de manera especial, el derecho a la autonomía, precisando, además, que las voluntades anticipadas del paciente deben considerarse determinantes siempre y cuando no existan motivos que lleven a pensar que ya no reflejan su voluntad.

El debate político sobre la ayuda a morir fue reiteradamente propuesto en Suiza, desde 1990, por el grupo de reflexión del cantón de Vaud À propos (Análisis y propuestas políticas). La ayuda a morir incluye la asistencia al suicidio y la eutanasia activa directa. El resultado de esta reflexión fue la proposición Ruffy, presentada al Consejo Nacional en 1994, y posteriormente la creación del grupo de trabajo «Ayuda a morir» en el marco del Ministerio Federal de Justicia y Policía. Este grupo, formado por catorce expertos y al que tuve el honor de pertenecer, elaboró a lo largo de dos años su informe al Consejo Federal, presentándolo finalmente en 1999. Las discusiones y la controversia política originaron un debate en el seno del Consejo Nacional el 11 de diciembre de 2001. La eutanasia activa directa, promovida por la iniciativa parlamentaria Cavalli, fue rechazada. En cambio, el tabú que envolvía todo lo relacionado con la asistencia al suicidio se rompió. El Consejo Nacional confirmó por un

¹ En Suiza existen dos asociaciones distintas para el derecho a morir con dignidad que fueron creadas el mismo año: EXIT Deutsche Schweiz y EXIT-ADMD Suisse Romande. En lo que sigue nos referimos exclusivamente a la segunda.

solo voto de diferencia que la asistencia al suicidio es perfectamente posible si quien la realiza no esconde con su acción ningún propósito egoísta. La asistencia al suicidio es el hecho de poner a disposición de la persona que desea morir los medios que le permitan suicidarse sin violencia alguna. Esta interpretación del artículo 15 del Código Penal ha legitimado la actuación de las asociaciones por el Derecho a Morir en Dignidad que practican la ayuda al suicidio.

En febrero de 2004, la ASSM dio un paso importante en nuestra misma dirección. Por una parte, recuerda que la ayuda al suicidio no forma parte de las actuaciones médicas, pues entiende que la labor del médico debe ir dirigida a curar, aliviar y acompañar a su paciente. Pero, por otra, también debe tener en cuenta la voluntad del paciente, lo cual puede significar que, en casos particulares, la decisión moral y personal de un médico de aportar su ayuda a un paciente moribundo debe respetarse.

En su toma de posición de 27 de abril de 2005, la Comisión Nacional de Ética (CNE) confirmó que la ayuda al suicidio por razones éticas debe permanecer sin castigo siempre que no se lleve a cabo por móviles egoístas. Precisa, asimismo, que si en una institución de larga estancia algún residente en la misma solicita ayuda al suicidio y no dispone de otro lugar para vivir fuera de dicha institución, debería poder suicidarse en dicha institución si ello es posible. Añade, además, que en el caso de hospitales de pacientes críticos, cada institución debe pronunciarse claramente respecto a la eventualidad de admitir el suicidio asistido, debiendo justificar su decisión ante los pacientes. En opinión de la CNE, la decisión personal del potencial suicida de poner fin a sus días, decisión tomada tras un tiempo de serena reflexión, no debe ser obstaculizada ni por el reglamento de la institución ni por la decisión personal de un médico o de un grupo de acompañamiento que pudieran objetar en conciencia. En este supuesto debe ser siempre posible que el paciente sea atendido por otro médico o que sea transferido a otra institución.

Desde enero de 2006, el Centro Hospitalario Universitario del Cantón de Vaud (CHUV), en Lausana, acepta la posibilidad del suicidio asistido en un hospital de pacientes críticos en circunstancias excepcionales, debiéndose aplicar un protocolo de evaluación a cargo de una Comisión del hospital si la persona se encuentra en la imposibilidad de volver a su domicilio.²

Los Hospitales Universitarios de Ginebra y el Inselspital de Berna han adoptado idéntica actitud. Los cuidados paliativos de calidad y la posibilidad de

² Véase en Anexo el Edicto del Cantón de Vaud sobre las *Instrucciones para la aplicación de la ley de salud pública sobre la ayuda al suicidio en los establecimientos sanitarios reconocidos de interés público* (enero de 2013).

obtener ayuda al suicidio no son opciones contrapuestas sino complementarias. Decidir entre unos u otra debe dejarse a la libertad de elección del paciente, que es el único que posee el criterio necesario y suficiente para determinar si la calidad de vida que conserva es o no satisfactoria.

Actualmente, un médico de familia puede visitar a domicilio a un paciente lúcido, perfectamente sereno en cuanto a su muerte y que puede desear determinar el momento de la misma. Si el paciente prefiere poner fin a su vida, su propia competencia moral debe primar sobre la del médico, en la medida en que el paciente conserva su capacidad de discernimiento y de decisión sobre su propia muerte. La apreciación de la capacidad de discernimiento viene definida por el artículo 16 del Código Civil de la siguiente manera: «Toda persona que no está desprovista de la capacidad de obrar razonablemente a causa de su corta edad, o que no está impedida para ello a consecuencia de una enfermedad mental, de debilidad de espíritu, de ebriedad o de cualquier otra causa similar, está capacitada para discernir en el sentido de la presente ley». Por lo tanto, debe presumirse la capacidad de discernimiento de un paciente si no existe prueba alguna de lo contrario. Si un médico duda de la capacidad de discernimiento de un paciente debe aportar pruebas que lo justifiquen.

En su auto de 3 de noviembre de 2006, el Tribunal Federal fue incluso más lejos a propósito de la solicitud de entrega de pentobarbital sódico a un miembro de la asociación Dignitas que padecía trastornos mentales sin ninguna enfermedad orgánica. El Tribunal confirmó la obligatoriedad de presentar una receta médica para obtener el producto letal. En este mismo auto, el Tribunal Federal confirmó que todo ser humano capaz de discernimiento —aunque padezca trastornos mentales— tiene el derecho, garantizado por la Constitución y por el Convenio Europeo de Derechos Humanos (CEDH), de decidir sobre la manera y el momento de su propia muerte. Este derecho de decisión forma parte del derecho de autodeterminación, en el sentido del artículo 8, capítulo 1 del citado Convenio, en tanto la persona afectada conserve su capacidad para elegir libremente y para actuar conforme a su voluntad. El Tribunal Federal observa de todos modos que no existe un derecho de acompañamiento a la persona que desea morir y que la ayuda al suicidio en el caso de una persona con enfermedad mental es una cuestión muy delicada, por lo que exige que la evaluación de esta persona cuente necesariamente con el informe pormenorizado de un especialista en psiquiatría.

Este auto del Tribunal Federal aporta una luz necesaria sobre las cuestiones a las que se refiere e implica, en consecuencia, que un paciente que sufre una enfermedad orgánica y sin antecedentes de patología psiquiátrica no debe ser

automáticamente sospechoso de pérdida de discernimiento por el simple hecho de solicitar ayuda para suicidarse.

El tabú del suicidio médicamente asistido debe desterrarse de nuestras facultades de medicina y de nuestras asociaciones cantonales. La enseñanza de esta temática debería formar parte de la formación médica. De este modo, los médicos jóvenes podrían adquirir, si así lo desean, un saber hacer y un saber estar para el mayor bienestar de todos. La muerte es un acontecimiento que debe prepararse y que debe abordarse en un contexto de serenidad.

EXIT-ADMD: la práctica responsable y transparente de la ayuda al suicidio¹

Durante sus veinticinco años de existencia, EXIT-ADMD ha atendido la petición, insistente y reiterada, de quienes de entre sus miembros² han solicitado asistencia al suicidio. Con la experiencia, esta práctica ha revestido condiciones estrictas que básicamente son:

- Criterios claros para la evaluación de la petición.
- Acompañamiento de calidad.
- Transparencia a lo largo de todo el procedimiento.
- ... sin olvidar lo esencial: la relación de persona a persona en esta última decisión.

En lo que sigue, el lector encontrará los principales aspectos de esta práctica de EXIT, que desde siempre ha tenido en cuenta los «criterios de diligencia para la asistencia al suicidio» adoptados en octubre de 2006 por la Comisión nacional de ética para una medicina humana (CNE-NEK) y que pueden resumirse así: criterios claros, evaluación de la petición y procedimiento transparente.

El Dr. Sobel, presidente de EXIT, resume de este modo los «principios de precaución» que tiene en cuenta la asociación en la asistencia al suicidio:

Una petición de autoliberación recibe una respuesta positiva por parte de nuestra asociación si la persona que la efectúa cumple con las cinco condiciones siguientes:

- Discernimiento.
- Petición seria y reiterada.
- Enfermedad incurable.

¹ Texto publicado con ocasión del 25 aniversario de esta asociación en febrero de 2007.

² Debe recordarse que EXIT-ADMD atiende únicamente peticiones de ayuda al suicidio de ciudadanos suizos que sean, a su vez, miembros de la asociación.

- Sufrimientos físicos o psíquicos intolerables.
- Pronóstico fatal o invalidez importante.

Entre los criterios de invalidez destaca la imposibilidad permanente de llevar a cabo sin ayuda algunas acciones comunes de la vida cotidiana, como son:

- Vestirse y desvestirse.
- Levantarse, sentarse y acostarse.
- Comer.
- Asearse.
- Ir al baño.
- Desplazarse.
- Sordera, ceguera o sordera con importantes impedimentos para la visión.

Nuestra asociación ha establecido un procedimiento de evaluación que nos permita comprender correctamente las peticiones que nos llegan. Un miembro que solicite nuestra ayuda debe enviarnos una copia de su historia clínica que le habrá sido facilitada por su médico. Debe, además, escribirnos una carta manuscrita solicitando de modo inequívoco ayuda para suicidarse; si la persona no puede escribirla por sí misma, deberá acompañar su petición con un acta notarial que confirme su petición ante testigos. Una vez recibida esta documentación, un acompañante de la asociación visitará a esta persona a fin de evaluar con ella su petición y de hablar de ello en presencia de sus allegados. Tras este paso se le propondrá un tiempo de espera antes de realizar la asistencia al suicidio, tiempo durante el cual la persona podrá resolver sus asuntos personales, despedirse de sus familiares y de sus amigos y, sobre todo, tendrá la oportunidad de cambiar de opinión en cualquier momento si así lo desea.

Nuestros acompañantes actúan por compasión y son siempre voluntarios. Llegada la fecha acordada para el suicidio, el acompañante aporta el producto letal al paciente, quien deberá tomarlo por sí mismo, efectuando de este modo el «último gesto» que le liberará de esta vida. Nuestra presencia tranquiliza a los familiares en un momento de una carga emocional extrema como este. Una vez constatado el fallecimiento, informamos a la justicia, que nombrará dos oficiales de policía y un médico forense para que lleven a cabo una investigación que informe al juez sobre las circunstancias y los motivos del suicidio.

Algunas cifras³

EXIT-ADMD Suisse Romande cuenta actualmente con más de 20.000 miembros. En 2014, esta asociación ayudó a morir a 175 personas, de las cuales 156 fallecieron en su domicilio, 16 en una residencia sociosanitaria y 3 en el hospital, con lo que el número total de asistencias al suicidio llevadas a cabo por EXIT Suisse Romande entre 2001 y 2014 se eleva a 1.147.

Un número significativo de solicitudes fueron rechazadas, por lo que la asociación se ha erigido en una barrera contra suicidios emocionales, en especial entre los jóvenes. Por otra parte, otras personas que contactaron con nosotros han visto incrementada su paz interior, pues se han sentido escuchadas y comprendidas. Esas personas saben que si posteriormente vuelven a contactarnos para fijar una fecha para su autoliberación, les ayudaremos. Eso confiere una gran tranquilidad a los miembros de nuestra asociación y algunos de ellos morirán por causas naturales sin precisar nuestra ayuda. EXIT posibilita, de este modo, que esas personas vivan mejor sus últimos días, porque nuestra sola presencia es tan eficaz por lo menos como las psicoterapias o los fármacos anti-depresivos. Nuestros asociados saben que EXIT es creíble y fiable, y que cumplimos nuestras promesas. La asociación hace lo que dice y dice lo que hace.

³ Fuente: Boletín núm. 62, abril de 2015. EXIT-ADMD Suisse Romande.

La ayuda al suicidio (fragmentos)¹

Jérôme Sobel y Michel Thévoz

Suiza, un país peculiar

Michel Thévoz: El 13 de diciembre de 1991, el escritor Hervé Guibert, enfermo de sida, intentó suicidarse mediante la toma de una dosis masiva de digitalina, tal como él mismo lo había anunciado en su obra *A l'ami qui ne m'a pas sauvé la vie*.² Pero la rápida intervención de los médicos avisados *in extremis*, sin que se haya sabido de qué manera, hizo que agonizara durante catorce días en el hospital Antoine-Béclère de Clamart: a pesar de la decisión que había tomado, se le obligó a morir de sida. ¿Debemos entender con ello que por haber intentado evitarse una muerte atroz, Hervé Guibert fue castigado de modo parecido a los condenados a muerte que intentan suicidarse y a quienes se reanima a su pesar para que no puedan escapar del suplicio? Incluso el filósofo Gilles Deleuze se vio obligado a recurrir a suicidarse en condiciones espantosas (mediante defenestración) el 4 de noviembre de 1995. ¿Quién no ha vivido, de cerca o de lejos, en su propia familia o en su círculo de amistades, el caso de un suicidio fallido, o de una dolorosa agonía, degradante y humillante? Al mismo tiempo que nuestra sociedad admite la interrupción del embarazo, penaliza, sin embargo, al que intenta suicidarse por más que ello afecte únicamente a su propia vida. Ideológicamente, moralmente, médicamente, la muerte voluntaria sigue viéndose como un gesto desesperado, mórbido, patético o infamante.

Si se acepta que la libertad, el pluralismo y la tolerancia son valores cardinales de la civilización moderna, y que su aplicación ha ocasionado progresos, resulta inevitable reconocer que persiste todavía un tabú: el de la muerte voluntaria. Cualquiera que sea su religión o su ética, la mayoría de los humanos considera algo natural ser desposeídos de su propia muerte. Admiten, incluso, que esa gestión heterónoma de una de las etapas esenciales de la vida humana tenga fuerza de ley y que esta se ejerza sobre todos las personas sin excepción.

¹ SOBEL, J., y THÉVOZ, M., *L'aide au suicide*, Lausana: Favre, 2009. Textos reproducidos con la amable autorización de los autores y del editor exclusivamente para esta publicación.

² Gallimard, 1990.

Como puede verse, planteo de entrada el tema de la muerte voluntaria como principio, con independencia de las razones que puedan conducir al mismo, es decir, sin ceñirlo al ámbito médico. Por mi parte desearía que el suicidio, así como el recurso a métodos que permitan realizarlo de forma incruenta, formara parte de la declaración universal de los derechos humanos, reconociéndose de este modo, sin restricción alguna, el derecho de las personas a disponer de sí mismas, de su propia vida y de su propio cuerpo. Personalmente aspiro a una muerte digna, dulce, indolora, incluso eufórica; aspiro, sobre todo, a morir en libertad, es decir, sin estar sujeto a presiones y más aún libre de toda autoridad política, religiosa, médica, familiar, etc., controlando mi vida hasta el final y disponiendo de los medios que me permitan poner punto y final a la misma a mi voluntad. Puedo entender que existan otras opiniones, que otras personas obedezcan a principios diferentes al de la autonomía individual, que prefieran limitarla, que opten por dejar que la naturaleza siga su curso, o que deleguen en otras instancias médicas o morales. Cada uno tiene el derecho de adecuar su práctica a estos principios a condición de que con ello no se cause daño a los demás. Pero precisamente por esta razón, exijo reciprocidad: que se acepte mi propia aspiración y que no se me prive de los medios para llevarla a cabo.

Debo reconocer que, afortunadamente, en el ámbito sanitario, las prácticas en relación con quienes están agonizando han evolucionado, en especial por la presión de personas que han venido denunciando la obstinación terapéutica.³ La eutanasia, que es la concreción médica de la gestión autónoma de la muerte, es tolerada más que antes y, en algunos países, es aceptada, aunque dentro de un marco jurídico restrictivo. Usted mismo, Jérôme Sobel, junto con la asociación EXIT que preside, ha combatido eficazmente a favor de la liberalización de la práctica médica y de la despenalización de la eutanasia activa. Estará de acuerdo conmigo, sin embargo, en que esta defensa está teniendo escaso éxito. ¿Podrían Bruno Bettelheim, Hervé Guibert, Gilles Deleuze, y otras innumerables víctimas anónimas del oscurantismo, recibir hoy día un tratamiento más humano? Debemos hacernos esta pregunta, porque periódicamente salen a la luz casos espantosos de encarnizamiento contra los moribundos, mientras que quienes causan ese tormento —médicos, juristas o moralistas— siguen invocando beatamente el carácter sagrado de la vida humana.

La situación en Suiza es, si no ejemplar, sí al menos significativa y de enorme actualidad, atendiendo especialmente a los debates y las controversias que

³ Se ha preferido la expresión «obstinación terapéutica» antes que la más antigua de «encarnizamiento terapéutico» porque la primera es actualmente la más utilizada. (*N. del T.*)

presagian las decisiones cruciales que el Parlamento, o el propio cuerpo electoral, deberá tomar próximamente.

Jérôme Sobel: Si se quiere conocer la actual legislación suiza al respecto, esa es la situación.

El artículo 115 del Código Penal suizo trata de la incitación y de la asistencia al suicidio, estableciendo que «aquel que, llevado por un móvil egoísta, incitara a otra persona a suicidarse o que le prestara ayuda para suicidarse, será, si el suicidio ha sido realizado o intentado, castigado con una pena máxima de cinco años o encarcelado».

Eso significa que la ayuda al suicidio es perfectamente posible siempre que la persona que la realice no tenga para ello ningún móvil egoísta, es decir, que no sea heredera, que no persiga con dicha acción beneficio alguno, y que esta ayuda se deba únicamente a la compasión. Comprendo su petición, comparto su filosofía y su libertad de conciencia. Hago a los demás todo el bien que desearía que se me hiciera si me encontrara en su situación. Por lo mismo no hago a los demás el daño que no deseo que se me haga.

La ayuda al suicidio significa poner a disposición de la persona que desea morir los medios que le permitirán suicidarse sin recurrir a métodos violentos. Corresponde a esta misma persona decidir su destino hasta el último momento, pues será ella misma quien realizará el «último gesto» que le ocasionará la muerte. Dependiendo de su situación médica, beberá el producto letal o se lo inyectará ella misma en una sonda nasogástrica, o incluso abrirá el grifo de una perfusión para permitir el paso del producto letal hacia sus venas. Por lo tanto, si se arrepiente en el último momento y no efectúa este «último gesto», nada ocurrirá, porque en Suiza no tenemos derecho a actuar en lugar de la persona que se suicida. Si así lo hiciéramos seríamos penalizados por el artículo 114 del Código Penal, que se refiere al homicidio a petición de la víctima, y seríamos castigados por cometer un acto de eutanasia activa directa: «Aquel que, guiado por un móvil honorable, en especial por la compasión, causara la muerte de una persona a petición seria y reiterada de la misma, será castigado con pena de prisión». Este artículo del Código Penal se refiere a lo que se denomina «homicidio con atenuantes» y se castiga con una pena de prisión entre tres días y tres años. Sin embargo, este precepto legal no se pensó para el caso que un individuo dé muerte a una persona que padezca una enfermedad grave e incurable que le llevará a la muerte en breve plazo y que le ocasiona sufrimientos físicos y psíquicos intolerables.

Vistos los artículos 114 y 115 del Código Penal suizo (CPS), resulta evidente que existe una diferencia notoria y perfectamente clara entre la ayuda al suici-

dio cuando la persona realiza por sí misma el «último gesto» y el homicidio a petición de una persona que ya no es capaz de realizar por ella misma este «último gesto». Este segundo supuesto, cuando es otra persona la que lleva a cabo el acto letal, es lo que se denomina *eutanasia activa directa*.

Actualmente existen en Suiza cuatro asociaciones que luchan por defender y desarrollar esta última libertad. Se trata de: Exit Deutsche Schweiz, fundada en Zúrich en 1982, que cuenta con 55.000 miembros;⁴ Exit ADMD Suisse Romande, creada en Ginebra también en 1982 y que cuenta con más de 20.000 miembros; Dignitas, con 8.000 miembros en su mayor parte domiciliados en el extranjero y que desean venir a morir en Suiza; y Ex-International, fundada en Berna y que cuenta con 2.000 miembros, la mayoría de ellos extranjeros.

Estas asociaciones esperan serenamente las conclusiones que puedan derivarse de futuros debates parlamentarios. Si el mundo político quisiera imponerles restricciones en la práctica de la ayuda al suicidio, o incluso la prohibición de la misma, con toda seguridad no se dejarían eutanasiar sin reaccionar. Utilizaríamos el recurso del *referéndum federal* que permite bloquear cualquier decisión legislativa si se recogen 50.000 firmas entre la población, a lo que seguiría obligatoriamente una votación popular. Las asociaciones Exit ADMD Suisse Romande y Exit Deutsche Schweiz cuentan con casi 70.000, por lo que la recogida de firmas no debe suponer ningún problema. Además, todas las encuestas efectuadas hasta el momento por los medios de comunicación evidencian que la ayuda al suicidio cuenta con el apoyo del 75% de la población, dato que no debería pasar desapercibido a nuestros parlamentarios.

El «turismo de la muerte»

M.T.: Es cierto que Suiza no posee una legislación tan liberal como Holanda, Luxemburgo y Bélgica, pues únicamente tolera aquellas asociaciones que practican el suicidio asistido. Algunas personas, afectas o no por una enfermedad mortal, vienen a Suiza para buscar ayuda para suicidarse porque la legislación de su país, más arcaica que la nuestra, se la deniega. La asociación Dignitas se ha especializado en esta práctica. La opinión pública suiza está dividida a partes iguales, como indican los sondeos: quienes se oponen a dicha práctica hablan de un «turismo de la muerte» e invitan a las autoridades a legislar para impedir que la ayuda al suicidio beneficie a personas que no residen en Suiza.

⁴ Las cifras corresponden a 2009, fecha de publicación del libro.

Por mi parte, pienso que la expresión «turismo de la muerte» es detestable y abusiva. El turista es un consumidor, se ciñe a un viaje de ida y vuelta programado y garantizado, que le devuelve sin daño a su punto de partida; pero en nuestro caso lo que hay son refugiados, víctimas del oscurantismo de su patria y condenados a un exilio definitivo y cruel. El término «turismo de la muerte» expresa una doble intolerancia, liberticida y xenófoba, que ofende a nuestra tradición de hospitalidad. ¿Acaso deberíamos prohibir la ayuda al suicidio con el pretexto de que los extranjeros se benefician de la misma, reservándonos la denominación «asistencia al suicidio» como una especialidad nacional para nuestro uso exclusivo? El principio de preferencia nacional, la posesión de un pasaporte suizo al más allá, conduce directamente a una discriminación abyecta.

Con demasiada frecuencia, las facilidades que un determinado país concede a los extranjeros, sobre todo en materia financiera, solamente benefician a los privilegiados. Como es más que sabido, Suiza se ha especializado en la evasión fiscal, el secreto bancario, el blanqueo..., en definitiva, en el turismo de capitales de dudosa procedencia (aquí el término «turismo» es el apropiado). Por una vez que una despenalización o una desregulación tiene un objetivo realmente humanista y que beneficia a todo el mundo, tanto a extranjeros como a suizos, ¿deberíamos, precisamente por esa misma razón, renunciar a ello?

J.S.: En efecto, nuestra asociación EXIT-ADMD Suisse Romande únicamente ayuda a personas domiciliadas en Suiza. Nuestro reducido número de acompañantes está ya al límite de sus posibilidades de atender las peticiones de nuestros asociados. No conseguiríamos hacernos también cargo de manera satisfactoria de enfermos procedentes del extranjero y que precisan un acompañamiento especial y lugares donde acogerlos. Cada acompañamiento supone dificultades en el plano emocional, no se trata en absoluto de una acción banal e implica una inversión humana considerable. Es difícil imaginar la enorme labor llevada a cabo por EXIT, por su secretaría, sus acompañantes y su comité.

Desde el punto de vista de la ética está plenamente justificada la aceptación de enfermos extranjeros, pero no deseamos competir en eso con las dos asociaciones suizas que intervienen en este caso, la asociación Dignitas y la asociación EX-International. La primera ha suscitado polémicas a causa de su funcionamiento y de su aceptación de enfermos extranjeros. Esta asociación es totalmente capaz de defenderse por sí misma y de dar las explicaciones oportunas. Hasta el momento, su presidente L. Minelli nunca ha sido inculcado por las actuaciones de Dignitas y nadie ha podido tampoco acusarle de actuar de manera interesada. Los fundamentalistas de la Suiza alemana que se oponen a la

práctica de la ayuda al suicidio en Suiza han intentado por todos los medios provocar fallos en el funcionamiento de Dignitas para escandalizarse después; tras haber clausurado sus centros de acogida, le han echado en cara que permitiera que un enfermo extranjero muriera en su coche. La realidad es que este enfermo incurable prefirió morir en Suiza, con la ayuda de Dignitas y en su propio coche, antes que regresar a Alemania y agonizar a fuego lento en su cama. También se ha reprochado a Dignitas la utilización de helio en cuatro casos de asistencia al suicidio, pero sin decir que con anterioridad se había cortado a dicha asociación el suministro de barbitúricos. También en esos cuatro casos, antes que volver a sus casas en el extranjero para morir, las personas afectadas prefirieron recurrir al helio para acabar sus días en Suiza en el momento que habían elegido para ello.

L. Minelli tiene el enorme mérito de haber obligado a los gobiernos extranjeros a reflexionar sobre la problemática de la ayuda al suicidio. Cabe esperar, por lo tanto, que el «turismo de la muerte» desaparezca progresivamente de Suiza de la mano de cambios en la legislación de otros países.

M.T.: Con la prolongación de la esperanza de vida y la consiguiente agravación de las enfermedades seniles, no tiene nada de sorprendente que los cuidados paliativos proporcionen cierta notoriedad a sus especialistas. No es mi intención aquí estigmatizar este tipo de cuidados, de los que yo mismo podría tal vez beneficiarme algún día; pero me resulta sospechoso el oportunismo y el afán por hacer carrera de los especialistas de cuidados paliativos, quienes nunca admitirían la alternativa de la muerte voluntaria. Es precisamente este rechazo de la eutanasia lo que, en mi opinión, traza el límite entre cuidados justificados y obstinación paliativa.

J.S.: Nuestra asociación combate para romper el tabú de la ayuda a morir desde hace ya mucho tiempo, pues uno de sus objetivos es, precisamente, estimular las investigaciones en favor de la libertad del ser humano de elegir, con conocimiento de causa, su destino personal, vital y letal. Nuestra reflexión entra en el campo de la ética y comenzó mucho antes de que se hablara del incremento de los gastos de sanidad. Ayudamos a los miembros de nuestra asociación que se encuentran en situaciones médicas difíciles a que su punto de vista prevalezca, incluso contra el de los sanitarios. Ciertamente, el médico posee la competencia profesional de la que el enfermo carece, pero esta competencia tiene límites. Por su parte, el enfermo posee su competencia moral propia que el médico puede que no comparta; pero es el enfermo el que morirá y su competencia moral debe prevalecer sobre la de su médico. En efecto, solamente

al enfermo compete apreciar si la calidad de vida que le queda le es aún suficiente, o no.

Nuestra asociación defiende la práctica de los cuidados paliativos si el enfermo así lo solicita, en cuyo caso pensamos que están plenamente justificados. Este tipo de cuidados constituyen una opción que el enfermo debe poder tener, pero que también debe poder rechazar si no le satisfacen y prefiere morir. Imponerle esos cuidados es un abuso del poder médico que puede ser visto por el enfermo como una forma de maltrato e incluso de obstinación paliativa. La medicina debe estar al servicio del enfermo, y no a la inversa.

En la actualidad, algunos médicos de familia se lamentan de la pérdida de prestigio de la profesión, incluso de la falta de consideración por parte de sus enfermos y sus familias. Mi opinión es que la confianza es algo que debe ganarse y merecerse. Si esos médicos se responsabilizaran de la ayuda al suicidio de sus pacientes al final de la vida en vez de trasladar esa tarea difícil a nuestras asociaciones, la relación médico-enfermo se vería reforzada con toda seguridad.

«Pena de vida»

M.T.: Actualmente, en la mayor parte de los países occidentales la autonomía del individuo, su libertad de conciencia, su voluntad de vivir el final de su propia vida en tanto que sujeto responsable que decide serenamente el término de su existencia, todo eso es objeto de combate por parte de las instituciones religiosas judeocristianas, que rechazan cualquier tipo de suicidio y de eutanasia. Pero a pesar de dicha oposición, la cuestión de la asistencia al suicidio se plantea hoy día con más insistencia que antes, porque existen cada vez más personas que son partidarias de la libertad de conciencia y de la autodeterminación individual. El derecho a morir en el momento que uno decida implica la posibilidad de organizar, ayudar y participar activamente en la propia muerte. Ni asesinato ni suicidio, el derecho a morir con dignidad cobra legitimidad desde el momento que va ligado a una enfermedad incurable de carácter irreversible y con pronóstico infausto, o que ocasiona sufrimientos e invalidez importantes e irremediables. El asesinato, la autodestrucción, ceden su lugar a una muerte plácida y serena. Aunque el derecho a vivir sigue siendo fundamental, lo es igualmente el derecho de las personas a poder elegir su propia muerte.

J.S.: Un estudio médico publicado en el *Bulletin des médecins suisses* (núm. 34, 2003), titulado «Decisiones médicas al final de la vida en seis países europeos», muestra que se practican eutanasias activas clandestinas en todos los países, in-

cluso en Suiza. Ante ello, algunos pensarán que la eutanasia es tolerada a veces en nuestros hospitales y que, por lo tanto, no es necesario legislar sobre eso. Por mi parte recordaré brevemente el precedente del aborto: antes de la promulgación del artículo 120 del Código Penal suizo, algunos también decían que todo iba perfectamente en este terreno, y que no hacía ninguna falta legislar porque las soluciones clandestinas eran posibles. Actualmente, el Código Penal ha sido modificado y la situación ha mejorado enormemente: la mujer que desea abortar puede hacerlo sin necesidad de someterse a una actuación clandestina.

Los mismos grupos de presión que se oponen al aborto e impiden que la mujer pueda gestionar su vida y su cuerpo son los que también intentan impedir que las personas en general puedan gestionar el final de su propia vida. Lo que estos grupos quieren es imponer su dogmatismo religioso a otra parte de la ciudadanía que no los comparte. De ninguna manera podemos aceptar que quienes manifiestan un respeto religioso por la vida impongan sus principios a quienes muestran un respeto escrupuloso por la autonomía personal. Es preferible promulgar una ley al respecto, puesto que en su redactado actual no respeta la autonomía individual de quienes desean una eutanasia activa directa.

No cabe duda que algunos enfermos reciben medicamentos antálgicos en dosis suficientes para calmar su sufrimiento e incluso acelerar su proceso de muerte, abreviando de este modo su agonía. Pero este tipo de medicación solamente se administra al final de la etapa agónica y tras un lento y progresivo proceso de degradación. Estos enfermos dependen, además, de la buena voluntad de su médico, quien por lo general actúa clandestinamente, en el mayor secreto, como si se tratara de una acción vergonzosa. Sin embargo, la eutanasia activa directa no es un acto del que uno debería avergonzarse, sino que, por el contrario, debería realizarse con total transparencia, abiertamente, pues se trata de una acción compasiva. En nuestra opinión, lo importante no es saber si tal o cual persona está a favor o en contra de la eutanasia activa directa, sino si está a favor o en contra del abandono de la hipocresía. La eutanasia activa directa, realizada en condiciones perfectamente controladas, a la luz del día y de forma absolutamente transparente, impide cualquier abuso y cualquier descontrol. Eso es, precisamente, lo que deseo para nuestra sociedad.

Anexo

Instrucciones para la aplicación de la ley de salud pública sobre la ayuda al suicidio en los establecimientos sanitarios reconocidos de interés público (enero de 2013)

1. Fundamento jurídico

Artículo 27 D de la Ley de 29 de mayo de 1985 sobre salud pública.

2. Presentación de la petición

Una petición de ayuda al suicidio debe presentarla por escrito el residente / paciente a la atención de la dirección del establecimiento o del responsable de los cuidados quien informará de ello a la dirección de la institución.

La dirección del establecimiento remitirá de inmediato dicha solicitud al médico responsable de la asistencia hospitalaria o del centro sociosanitario (en adelante, el médico responsable).

Cuando la petición la realice un tercero que desee practicar la ayuda al suicidio, la dirección del establecimiento o el médico responsable solicitará al paciente o residente que ratifique por escrito dicha petición.

La dirección del establecimiento podrá proponer una reunión entre el médico responsable, el tercero y el paciente o residente.

3. Examen de la petición por el médico responsable

El médico responsable, de acuerdo con el equipo médico, el médico tratante, el representante designado y, con la conformidad del paciente / residente, con sus allegados, comprobará que se cumplen los requisitos legales que se mencionan a continuación.

a) El paciente / residente:

- es capaz de tomar decisiones acerca de su decisión de suicidarse;
- persiste en su deseo de suicidarse;
- padece una enfermedad o secuelas graves e incurables.

b) Otras alternativas, en particular los cuidados paliativos, le han sido ofrecidas al paciente o residente.

El médico responsable podrá solicitar la opinión de otro médico colegiado o de un comité del propio establecimiento, de conformidad con el artículo 27 D, apartado 2 LSP. Si el médico responsable sospecha que la solicitud está motivada por trastornos psíquicos o como consecuencia de presiones externas, deberá consultar con un psiquiatra.

4. Decisión del médico responsable

Corresponde al médico responsable informar por escrito al paciente de su decisión en un plazo máximo de cuatro semanas dependiendo de la complejidad del caso. Si el paciente o residente ha designado un representante, este deberá ser igualmente informado de la decisión médica. El médico también informará a la dirección médica y /o administrativa del establecimiento.

El médico responsable motivará su decisión, y en especial:

- si se cumplen las condiciones;
- si el regreso al domicilio es posible en el caso de un paciente ingresado en un centro hospitalario;
- la posibilidad de que el paciente o residente recurra a la oficina de mediación o al defensor del paciente en caso de desacuerdo.

En caso de incumplimiento del período máximo de cuatro semanas, el médico cantonal puede ser interpelado al respecto.

5. Información al personal

El médico responsable, de acuerdo con la gerencia del establecimiento, deberá informar con antelación al personal afectado de cualquier intervención de ayuda al suicidio que tenga lugar en el establecimiento.

6. Información al médico cantonal

La gerencia del establecimiento, en colaboración con el médico responsable, deberá informar de manera anónima al médico cantonal, mediante fax o correo electrónico, de la edad, el sexo y la patología que ha justificado la ayuda al suicidio.

Esta información debe ser enviada en un plazo máximo de 48 horas tras haberse efectuado la ayuda al suicidio.

7. Comité de seguimiento de la aplicación de la ley y de estas instrucciones

El Departamento de salud y de acción social (en adelante, el Departamento) ha creado una Comisión cuya tarea es supervisar la aplicación del artículo 27 d)

de la Ley de 29 de mayo de 1985 sobre la salud pública así como de estas instrucciones. La Comisión no es un órgano de evaluación de las peticiones de ayuda al suicidio, pero puede transmitir recomendaciones a la dirección del Departamento.

Las siguientes instituciones estarán representadas en la Comisión:

- 1 representante del Servicio de Salud Pública: el médico cantonal (Presidente);
- 2 representantes de las asociaciones de ayuda al suicidio;
- 2 representantes de los establecimientos sociosanitarios;
- 1 representante del CHUV (Centre hospitalier universitaire vaudois);
- 1 representante de la Federación de hospitales del Cantón de Vaud;
- 1 representante de la asociación de médicos de establecimientos sociosanitarios de la Société vaudoise de médecine (GMEMS);
- 1 representante de las clínicas privadas inscritas en la lista de LAMal (*Liste assurance-maladie*) del Cantón de Vaud;
- 1 representante de las asociaciones de pacientes.

Las instituciones propondrán sus representantes al Departamento, que es el que decide. Los miembros de la Comisión son normalmente nombrados por una legislatura, salvo decisión en contra de la dirección del Departamento.

8. Sanciones

No respetar estas instrucciones, y en especial el plazo de cuatro semanas, puede dar lugar a sanciones de conformidad con la ley de salud pública.

9. Entrada en vigor

Estas instrucciones entrarán en vigor el 1 de enero de 2013.

El director del Departamento de Salud y Acción Social

Fuente: *Feuille des avis officiels du Canton de Vaud*.

Nota sobre los autores

Albert Royes. Filósofo. Antiguo profesor de Ética Médica en la Facultad de Medicina de la Universidad de Barcelona (1988-2008). Secretario de la Comisión de Bioética de la UB y coordinador de la Red de Comités de Ética de Universidades y Organismos Públicos de Investigación de España. Miembro del Observatorio de Bioética y Derecho de la Universidad de Barcelona.

María Casado. Catedrática de universidad. Directora del Observatorio de Bioética y Derecho y del máster en Bioética y Derecho. Titular de la Cátedra Unesco de la Universidad de Barcelona y miembro de la Comisión de Bioética de esta misma universidad.

Ramón Valls. Filósofo. Catedrático de Historia de la Filosofía de la Universidad de Barcelona. Miembro del Observatorio de Bioética y Derecho de la UB (fallecido en 2011).

Mirentxu Corcoy. Catedrática de Derecho Penal de la Universidad de Barcelona. Miembro del Observatorio de Bioética y Derecho de la UB.

Javier Sádaba. Catedrático de Ética de la Universidad Autónoma de Madrid. Miembro del Observatorio de Bioética y Derecho de la UB.

Víctor Méndez Baiges. Profesor titular de Filosofía del Derecho de la Universidad de Barcelona. Miembro del Observatorio de Bioética y Derecho de la UB.

Ricardo García Manrique. Profesor titular de Filosofía del Derecho de la Universidad de Barcelona. Miembro del Observatorio de Bioética y Derecho de la UB.

Jérôme Sobel. Médico especialista en otorrinolaringología y en cirugía cervicofacial. Presidente de la organización EXIT-ADMD Suisse Romande.

Michel Thévoz. Profesor honorario de la Universidad de Lausana y especialista en Historia del Arte. Miembro de EXIT-ADMD Suisse Romande.

Morir en libertad significa poder elegir el momento y la manera de poner fin a la propia vida, con la ayuda de profesionales del ámbito sanitario, cuando la muerte ya no es la peor de las alternativas. Sin entrar en el debate acerca de qué son la vida buena y la buena muerte, el Observatorio de Bioética y Derecho de la Universidad de Barcelona ha abogado siempre por la despenalización de la eutanasia y el suicidio asistido en determinadas circunstancias, como derechos fundamentales que el Estado debería garantizar a los ciudadanos. Así se refleja en los escritos que el Observatorio ha publicado sobre el tema desde 1994 hasta la actualidad, reunidos en la primera parte de este volumen. Por otro lado, en la segunda parte se reproducen textos y materiales de EXIT-ADMD Suisse Romande, una de las organizaciones que en Suiza facilitan la ayuda al suicidio en un marco plenamente legal, con la voluntad de dar a conocer los fines y el funcionamiento de estas entidades.

La información que ofrece *Morir en libertad* contribuirá sin duda a esclarecer las bases de un debate, muy distorsionado por prejuicios de todo tipo, que afecta tanto a la calidad democrática de la sociedad como al pleno ejercicio de la libertad individual.



UNIVERSITAT DE
BARCELONA

Edicions

www.publicacions.ub.edu

