

## EUTANASIA: ¿EXCEPCIÓN MORAL VÁLIDA O DERECHO SUBJETIVO?

*Ante la presentación por el Grupo Socialista en el Parlamento Español de una Proposición de Ley orgánica de regulación de la eutanasia, el 21 de mayo de 2018, la autora reflexiona sobre las implicaciones éticas y jurídicas de la regulación de la eutanasia. En un primer momento, define el concepto de eutanasia, delimitando qué elementos deben estar presentes y cuáles no en tal definición. A continuación, expone los valores ético-jurídicos y los derechos que se encuentran en liza, fundamentalmente, autonomía y vida humana. Por último, realiza un análisis crítico de la citada proposición de ley.*

*Moralia* 42 (2019), 145-165

### El porqué de la eutanasia

El tema de la eutanasia en las sociedades actuales es recurrente. Las *causas* de esta solicitud son complejas, pero podríamos afirmar que, lo que provocó, en un primer momento, la reivindicación de la eutanasia fue la alta tecnología empleada en las UCIs en los años 70, lo que implicaba una prolongación artificial de la vida del paciente sin que llevara aparejado una mejoría en su calidad. Por otro lado, la mayor expectativa de vida ha convertido el final de la vida en situaciones de incapacidad por deterioro de funciones cognitivas, que impiden a la persona decidir cómo y dónde quiere morir. El aumento de la soledad y la transformación tan fuerte de la institución familiar han provocado que ya no se disponga de una red amplia de rela-

ciones, como ocurría en otras épocas, para acompañar esos procesos. A esto se le une la preeminencia en la cultura actual del principio de autonomía, el programar, controlar y planificar todos los ámbitos de la vida, y ahí entra también la muerte.

Hoy, además, la muerte se sitúa mayoritariamente en el ámbito hospitalario y en medio de una compleja tecnología, invasiva la mayoría las veces. La persona pierde su capacidad de decisión, su intimidad y, en muchas ocasiones, todos aquellos que están más directamente implicados (profesionales de la salud, pacientes, familiares, etc.) se plantean las preguntas por el ¿qué se puede hacer? y ¿cómo? y ¿hasta dónde? Los cuidados paliativos, si bien cada vez están más presentes, todavía no llegan ni al 50 % de la población que

los necesitaría.

Esto implica que el paciente cobre mayor protagonismo en el curso de su enfermedad a la hora de decidir sobre sus tratamientos, como dejó ya establecido muy claramente la Ley 41/2002, del 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente, en la que no solo se consagra el derecho al consentimiento informado ante cualquier tratamiento, sino también el derecho a rechazarlo, incluyendo la posibilidad cuando ya no hay capacidad por medio de las voluntades anticipadas.

En este contexto surge hoy la reivindicación de la eutanasia. Lejos quedan aquellas imágenes peyorativas de eugenesia y genocidio que llevaba a cabo el régimen totalitario nazi. Aun así y despojada de toda connotación negativa, la regulación jurídica de la eutanasia no es sencilla. Y es que no es nada fácil dar “solución” a preguntas tan existenciales y totales, como las que se refieren a continuación: ¿Qué es la vida humana? ¿Qué es la libertad? ¿Qué prima la vida o la libertad? ¿Qué significa morir con dignidad? ¿Qué papel debe cumplir el Estado y el Derecho en orden a preservar esos valores? Si estos interrogantes están en el fondo del asunto, los que están en la “superficie”, si se me permite la expresión, no son menos complejos: ¿En qué consiste la calidad de vida? ¿Qué rasgos definen al enfermo terminal? ¿Se ciñe la eutanasia a los casos de enfermedad terminal?

¿Es capaz de decidir una persona al borde de la muerte? ¿Qué vulnerabilidad e influenciabilidad presentan las personas en estas etapas? ¿Puede surgir el efecto mimesis que tanta repercusión tiene en el suicidio? ¿Qué papel se atribuye al testamento vital y a los terceros en el proceso decisorio del final de la vida? ¿Por qué debe ser el médico el que practique la eutanasia?

Desde el punto de vista internacional, casi todos los países prohíben penalmente la eutanasia y ni siquiera la regulan específicamente, sino dentro del marco más amplio del castigo de las conductas de colaboración en el suicidio ajeno o del homicidio a petición. En los países de nuestro entorno solo Países Bajos, Bélgica y Luxemburgo han aprobado leyes que permiten la eutanasia y, sobre todo, Países Bajos, después de más de cincuenta años de debate jurídico, médico y social.

A continuación, expondré los puntos fundamentales que deberían tenerse en cuenta en la regulación jurídica de la eutanasia, además de un análisis crítico sobre la última proposición de ley orgánica del 2018 presentada en el Congreso de nuestro país.

## **¿Qué es la eutanasia?**

Con el fin de centrar el tema que voy a abordar seguidamente y dado que es posible que no exista

una palabra más ambigua que la de “eutanasia”, considero imprescindible comenzar por ofrecer un concepto jurídico para fijar sus elementos. De este modo, será necesario: 1) buscar un consenso en relación con el significado de los términos que se utilicen; y 2) tener presentes las conductas o acciones a las que nos referimos cuando utilizamos el vocablo “eutanasia” y diferenciarlo de conductas similares.

Así proponemos la siguiente definición: la eutanasia es la acción de procurar la muerte por motivos de piedad, a quien, sufriendo una enfermedad terminal, la solicita para poner fin a sus sufrimientos.

Para ello, veamos cuáles son sus elementos:

### 1. Sujeto activo

En principio, puede ser cualquier persona que, movida por un sentimiento benefactor, piadoso o compasivo, procura la muerte a un enfermo terminal para evitarle más sufrimientos.

El debate que se suscita en este punto es si debe ser el médico o alguien cualificado quien realice esta acción. La primera cuestión que surge es ¿por qué debe ser el médico? Las razones que se han esgrimido a favor de que una ley sobre la eutanasia prevea que sea el médico el que la practique son las siguientes: a) actualmente, el médico se encontrará casi siempre

en el centro de la escena dado que la muerte actualmente acaece en los hospitales; b) con el fin de dotar de una mayor seguridad y control a la práctica de la eutanasia; c) además, es el médico quien mejor conoce los fármacos que pueden hacer el tránsito más dulce (etimológicamente, eutanasia, deriva del griego *eu* = bueno y *thánatos* = muerte).

### 2. Sujeto pasivo

Si bien puede parecer una cuestión obvia, no lo es tanto. El concretar quien sea o pueda ser el sujeto pasivo en esta relación jurídica es de una importancia central en el desarrollo de la problemática jurídica de la eutanasia. ¿Por qué? El hecho de determinar el grupo de individuos que pueden solicitar la eutanasia supone acotar y restringir su aplicación a unos supuestos muy concretos. En relación con este punto se suscitan tres cuestiones: 1) hay que estar ante una persona viva; 2) que se trate de un enfermo terminal; y 3) que sea capaz.

En cuanto al primer punto, nos situamos ante una persona viva que presenta una breve expectativa de vida. Hago hincapié en la palabra “viva” porque en muchas ocasiones las fronteras entre la vida y la muerte en esta última fase se presentan muy difusas. Al consistir la muerte en un proceso irreversible habrá que seleccionar cuándo en dicho proceso, se produce una lesión irreversible e irrecuperable de

alguna función vital del cuerpo humano, aunque otras partes concretas mantengan todavía la existencia biológica. Los avances de la ciencia médica han puesto de manifiesto que un deterioro sustancial del cerebro es completamente irrecuperable, esto es, que cuando se produce la muerte encefálica puede entenderse muerta a una persona.

En cuanto al segundo punto, es preciso circunscribir los supuestos de eutanasia a los enfermos terminales, pues ya en el origen de la palabra “eutanasia”, encontramos las ideas de ausencia de dolor en el morir cuando está próxima la muerte. Por otra parte, la situación en la que están los enfermos terminales difiere de las que se enmarcan en otros supuestos (como los tetraplégicos, los recién nacidos...), a saber, la expectativa de vida, la capacidad del individuo, la calidad de vida, el estado de irreversibilidad....

Enfermo terminal es aquella persona que, como consecuencia de una lesión o enfermedad, padece, según los actuales conocimientos médicos, una afección incurable y se encuentra en la fase final de su vida sin ninguna esperanza de recuperación (normalmente, el plazo se suele establecer en unos seis meses). En general, se encuentran en esta situación los enfermos de cáncer avanzado, en los que la enfermedad ni puede ser controlada ni existen planes para continuar con los tratamientos curativos.

### 3. Requerimiento

¿Por qué utilizamos la palabra requerimiento y no consentimiento? El consentimiento es el acuerdo de dos voluntades, en cambio el requerimiento implica obligatoriamente que la iniciativa de actuar surja de la persona que lo realiza. Se plantean dos problemas en relación con este elemento: por un lado, el de la validez de esa voluntad manifestada por lo que se refiere a su reconocimiento por el ordenamiento jurídico y, por el otro, el de la validez de esa manifestación en el caso concreto, cuestiones sobre las que volveremos más adelante. En concreto:

Sí es eutanasia:

- Inyectar sustancias letales por parte de un tercero que, por razones de piedad, ejecuta materialmente la acción.

No es eutanasia:

- Desconexión del respirador en el caso de una persona muerta clínicamente, o con graves padecimientos y en una situación irreversible, siempre que lo haya solicitado previamente.
- No reanimación del enfermo terminal cuando ya no puede experimentar ninguna mejoría y así lo haya solicitado.
- Cuando se deja a la persona morir “en paz”, de un modo natural, sin someterla a una prolongación artificial e inútil de la vida.
- Procurar sustancias letales para que el enfermo terminal las tome.

- Sedación terminal para evitar sufrimiento.
- Limitación del esfuerzo terapéutico.

## Valores ético-jurídicos implicados

La eutanasia implica un conflicto de valores básicos y primordiales para cualquier ser humano. La dificultad que se plantea en este punto radica no tanto en el hecho de determinar esos valores, como en el de fijar su posible jerarquía. Es una cuestión muy controvertida elegir *a priori* cuáles o cuál deba ser el bien jurídico que el ordenamiento debe proteger en detrimento de los otros o en coordinación con ellos. Además, no estamos ante un conflicto interpersonal, sino intrapersonal, es decir, un conflicto en relación con la propia autonomía del sujeto titular del derecho a la vida.

Los valores que subyacen en este tipo de situaciones pueden resumirse, sin ánimo exhaustivo, en el principio de autonomía y en el de la protección de la vida humana.

### 1. Vida humana

La vida humana, normalmente, ha sido un valor que se ha definido de acuerdo con criterios científico-naturalísticos y siempre que se cumplan una serie de presupuestos biofisiológicos. El deba-

te en el caso de la eutanasia se centra en averiguar cuál es el final de esa vida, fijar el momento de la muerte. Pero, además, ¿qué vida debe proteger el ordenamiento jurídico? ¿La de creación natural, vida biológica, o lo que en ella hay de auto-creación “artificial”, en el sentido más propio del término, de artífice, de creación personal, cultural y social, lo que se denomina la “vida biográfica” por algunos autores? Se trata del conflicto entre los paradigmas de la *calidad de vida* versus la *santidad de la vida*: el primero aboga por reducir la protección en aquellos supuestos en los que ya no se puede hablar de vida, por faltar las condiciones básicas de humanidad de lo que definen a un ser humano; el segundo aboga por una protección en cualquier supuesto. La dificultad del primero radica en determinar esos “indicadores de humanidad” para dejar de proteger esa vida. Actualmente, nuestro ordenamiento jurídico aboga por la protección de la vida, en cualquier circunstancia en la que se encuentre e independientemente de la voluntad del que vive esa vida, entendiéndose que el derecho a la vida protege un bien de carácter mixto, público y privado, y que, por lo tanto, no es disponible por parte de su titular.

### 2. Autonomía individual

La autonomía supone el reconocimiento de que cada ser humano tiene el derecho a determinar

su propio destino vital y personal, con el respeto a sus propias valoraciones y a su visión del mundo. La proclamación y el respeto de la autonomía individual determinan, pues, en definitiva, que siendo valiosa la libre elección individual de planes de vida y la adopción de ideales de excelencia humana, el Estado (y el resto de los individuos) no debe interferir con esa elección o adopción. Debe limitarse a diseñar instituciones que faciliten la persecución individual de esos planes de vida y la satisfacción de los ideales de virtud que cada uno sustente, e impidiendo la interferencia mutua en el curso de tal persecución. Las preguntas que surgen serían, entre otras, ¿cuáles son los límites de ese principio? ¿qué ocurre cuando el individuo no puede expresar su voluntad o carece de capacidad de obrar? ¿cómo preservar la autonomía en esas situaciones? Para los que defienden la licitud de la eutanasia, éste sería el principal argumento: la vida humana es disponible por parte de quien la vive, y ni el Estado ni terceros deben interferir en esa decisión autónoma, consiente y libre. Las críticas que se hacen a esta posición radican en la dificultad que entraña el autenticar la verdadera voluntad del enfermo terminal y el riesgo que se corre al dar primacía a esa voluntad y, sobre todo, que la acción se ejecute por parte de un tercero, pudiendo ahí entrar otros factores. Finalmente se critica el riesgo de que lo que surge para un co-

lectivo se amplíe a otros con el paso del tiempo, como así ha ocurrido en Países Bajos.

### **Análisis crítico de la proposición de ley orgánica de regulación de la eutanasia presentada en España (2018)**

Llama también la atención en esta proposición de Ley que en su art. 3 dedicada a determinar el significado de conceptos (discapacidad grave crónica, enfermedad grave e incurable, prestación de ayuda a morir...), obvie algunos que me parecen esenciales para la aplicación concreta de la ley (sedación terminal, limitación del esfuerzo terapéutico, cuidados paliativos, obstinación terapéutica, medida de soporte vital, rechazo del tratamiento, control del dolor). Todas estas situaciones son las que ayudan en el proceso de morir, no son constitutivas de delito, se incluyen en la *lex artis* médica y el ciudadano en muchas ocasiones desconoce todas estas alternativas.

#### *1. Demanda social sostenida*

La Proposición de Ley de regulación de la eutanasia presentada en 2018 “pretende dar una respuesta jurídica, sistemática, equilibrada y garantista a una demanda sostenida de la sociedad actual como es la eutanasia”. Así comienza su *Exposición de motivos*.

La primera reflexión es si realmente tal demanda existe. En las encuestas del CIS no aparece la eutanasia como un problema que preocupe a la sociedad española.

Los datos que nos ofrece Metroscopia de 2017, indican que un 84% de los españoles están a favor de la eutanasia, pero la pregunta de Metroscopia no es clara. La cuestión no es tanto si el ciudadano quiere que le practiquen la eutanasia, cuanto el hecho de que se le ayude a morir en circunstancias dignas, sin dolor, con cuidados paliativos, acompañado y a ser posible en el domicilio.

Desde un punto de vista social, no ha existido en España un debate amplio para aprobar esta norma. Apenas se han producido sentencias judiciales sobre la eutanasia, salvo la de Ramón Sampredo que ni siquiera era propiamente eutanasia, sino suicidio asistido. Falta mucho camino por recorrer antes de que estemos ante la necesidad de aprobar una ley sobre la eutanasia en nuestro país. En otros países como Países Bajos, el debate hasta la aprobación de la ley en 2002 se ha prolongado más de 50 años, un debate intenso a varios niveles, que aquí desde luego no se ha producido.

Si hubiera un clamor social, habría mucho más ejercicio del principio de la autonomía en el proceso de morir mediante la firma de voluntades anticipadas. Y no es así: solo hay 263.000 personas (un 0,6% del total) que lo han firmado,

según datos del Ministerio de Sanidad.

## 2. Derecho individual, no despenalización

Por otro lado, una de las cuestiones más discutibles es qué constituye un derecho. En su Exposición de Motivos, la Proposición de Ley lo fundamenta en los derechos a la vida y a la integridad física y moral y en los “bienes constitucionalmente protegidos” como son la dignidad, la libertad o la autonomía de la voluntad. *¿Estamos ante un derecho?* La pregunta no es baladí. Normalmente se considera que tenemos derecho “a algo bueno”. En este contexto, la muerte sería “lo bueno” que nos quitaría el sufrimiento, si bien la muerte en sí es un hecho inexorable y no tanto un derecho. Muchos han descartado la idea de poder hablar de un derecho a la muerte. Entre ellos nuestro propio Tribunal Constitucional niega, en las STC 120 y 137/1990, la existencia de un derecho a la propia muerte. Podría decirse, en tal caso, que se trata de un *agere licere*, un “libre actuar”, pero no de un derecho que obligue a una actuación de los poderes públicos para su consecución. Y es que la eutanasia en todos los casos constituye una excepción al principio general de protección y garantía del derecho a la vida, no se trata de un “derecho civil” al que tiende la ciudadanía. Esto desvirtúa en sí mismo lo que es el derecho como un bien, un factor de co-

hesión social, de atribución de libertades, de creación de civilización y de generación de posibilidades de vida mejor para la sociedad y para las personas.

### 3. *Enfermedad terminal y discapacidad grave crónica*

Por otra parte, una de las críticas más contundentes que haría a esta proposición de ley es respecto a la laxitud en la que deja la determinación del *sujeto pasivo*, cuando lo extiende a personas “con discapacidad grave crónica”, entendiendo por tal:

“Aquella situación en la que se produce en la persona afectada una invalidez de manera generalizada de valerse por sí mismo, sin que existan posibilidades fundadas de curación y, en cambio, sí existe seguridad o gran probabilidad de que tal incapacidad vaya a persistir durante el resto de la existencia de esa persona. Se entiende por limitaciones aquellas que inciden fundamentalmente sobre su autonomía física y actividades de la vida diaria, así como sobre su capacidad de expresión y relación, originando por su naturaleza sufrimientos físicos o psíquicos constantes e intolerables, sin posibilidad de alivio que el paciente considere tolerable. En ocasiones puede suponer la dependencia absoluta de apoyo tecnológico”.

Como he mantenido en otros escritos, la eutanasia es única y exclusivamente para situaciones terminales. El extenderlo a una persona con “discapacidad grave crónica” como así se propone, sin que haya una situación de proximidad con la muerte, implica, un claro varapalo para las personas con discapacidad. Y esto en un momento en que estas personas, gracias a la *Convención de Naciones de los derechos de las personas con discapacidad de 2006*, están logrando una igualdad de derechos, de tal modo que incluso ya no se habla de discapacidad sino de diversidad funcional. Además, son situaciones tan complejas que pueden abocarnos en la tan temida pendiente resbaladiza, como ya ocurre en Países Bajos. En este país, la aplicación de la eutanasia se ha extendido a personas con sufrimiento psíquico, con depresión, a quienes consideran que “están cansados de vivir”, incluso a menores de 12 a 16 años con graves padecimientos, con consentimiento de sus padres, y la novedad introducida por el *Protocolo de Groningen* “para los bebés con un pronóstico de calidad de vida muy pobre asociado a un sufrimiento continuo y sin esperanza de mejoría, con el consentimiento de los padres”.

### 4. *Conducta eutanásica y Sujeto activo*

Por otro lado, en cuanto a la acción, es importante fijar quién es el sujeto activo que la realiza. La



equiparación jurídica de dos situaciones, a saber, la eutanasia y la ayuda al suicidio, como hace esta proposición de ley, no se compadece con la más estricta doctrina jurídica. Quién es el autor de la muerte es sustancial y no accidental. Jurídicamente es muy diferente que el propio paciente se suministre una dosis letal, (aunque esta se la haya dado un profesional sanitario), que sea el propio médico el que le inyecte dicha sustancia. Es muy diferente cooperar con actos necesarios al suicidio que ejecutar la muerte directamente.

En este mismo sentido, la propuesta fija que sea el médico quien lleve a cabo la acción eutanásica, aunque se prevé la objeción de conciencia del personal sanitario. Se considera incluida en el Sistema Nacional de Salud como una prestación sanitaria. Sin embargo, no se ha buscado ni el debate ni el consenso necesario con los profesionales sanitarios que deben aplicar la eutanasia. De hecho, la Organización Médica Colegial de España se ha opuesto a esta regulación en un pronunciamiento público del 21 de mayo de 2018, en el que solicita lo que desde su colectivo son necesidades actualmente en el final de la vida: el acceso universal y equitativo a los cuidados paliativos de calidad en el Sistema Nacional de Salud y el derecho a la sedación paliativa en la agonía. Y es que, según los datos del último *Informe sobre la situación de los cuidados paliativos* en nuestro país, el 50 % de las per-

sonas enfermas en España no tienen acceso a estos cuidados.

## 5. Procedimiento, garantías y plazos

El procedimiento consiste en que el médico abre con el paciente un proceso deliberativo sobre diagnósticos, tratamientos y también cuidados paliativos. El médico debe comprobar que su solicitud es voluntaria, sin coacciones externas, que se encuentra en alguna de las dos situaciones contempladas en esta misma ley y también podrá informar de la petición a los familiares o allegados, si así lo requiere el enfermo. Deberá consultar a otro facultativo competente en el ámbito de las patologías padecidas y este deberá corroborar el cumplimiento de las condiciones establecidas en la ley, en el plazo de 10 días. Redactará un informe que pasará a formar parte de la historia clínica. A partir de aquí, el médico debe asegurarse que han pasado 15 días naturales entre el día que solicitó la ayuda y el día en el que se le presta la ayuda a morir. Pero si considera que la muerte de la persona o la pérdida de la capacidad para otorgar consentimiento son inminentes, podrá aceptar “cualquier período menor”. Esta expresión conduce a una inseguridad jurídica y por consiguiente a pérdida de garantías. Pueden saltarse el plazo establecido legalmente si la muerte es inminente. Nos preguntamos “si es inminente”, ¿necesita la aplicación de la eutanasia?

## 6. Expresión de la voluntad

En cuanto a los requisitos para emitir su voluntad se establece que debe ser por escrito y firmado. Ahora bien, establece la excepción de que “en caso de hallarse impedido físicamente, una persona mayor de edad podría hacerlo por él”. ¿Quién lo va a hacer por él, el cuidador, el familiar, el médico? ¿El legislador se ha percatado de las situaciones reales de vulnerabilidad y de influenciabilidad en la que se encuentran estas personas? ¿No habrá una excesiva presión sobre el paciente en estos momentos, máxime si se establece que alguien pueda firmar por él?

En cuanto a los requisitos, una mención breve a que en la expresión de la voluntad se articula que se haga mediante el documento de instrucciones previas “o equivalente”... Este “o equivalente” genera de nuevo inseguridad jurídica, pues está dejando la emisión de la voluntad, que constituye la justificación de la acción, en una indefinición. La pregunta que se desprende es el porqué de esta indeterminación cuando no solo las instrucciones previas se regulan en la legislación básica del Estado, sino en cada Comunidad Autónoma, y además, dichos documentos están recogidos tanto en los registros autonómicos como en el Nacional, para que puedan ser fácilmente accesibles a los profesionales sanitarios y dotar de mayor seguridad jurídica a la garantía de saber cuál es la voluntad del paciente.

## 7. Comisión de Evaluación y Control ex ante

Se establece a diferencia de Países Bajos, por ejemplo, un control *ex ante* del proceso a través de la *Comisión de Evaluación y Control*. Una vez cumplidas las obligaciones y deberes expuestos, el médico lo pondrá en conocimiento del presidente de dicha Comisión, para realizar el control previo previsto. Esta comisión en el plazo de dos días tras la recepción de la solicitud designará a dos miembros (un médico y un jurista) para que comprueben si concurren los requisitos exigidos para la petición de ayuda a morir. Los problemas burocráticos y dilatorios de esta Comisión están a la vista. Se trata de una única Comisión por Comunidad Autónoma que, en principio, dependerá de las Consejerías de Sanidad y que deberán atender a todas las solicitudes que se produzcan en su territorio y dar respuesta a cada una de ellas, como máximo, en el plazo de dos días. Esta hubiera sido una buena ocasión para dar más peso a los Comités de Ética Asistenciales de los hospitales, para que en los casos difíciles pudiesen entrar en el proceso deliberativo de toma de decisiones, pero se les ha dejado fuera, ni siquiera se les nombra.

Por último, me gustaría hacer mención que su aplicación se relega a la elaboración de un *Manual de Buenas Prácticas*, con un protocolo, con unos contenidos míni-

mos y comunes que sirva para orientar en la correcta puesta en práctica de esta ley. Desde el punto de vista jurídico, genera una incertidumbre mayor pues al final va a dejar la determinación de su aplicación a lo que se diga en ese Manual que, por otro lado, nada dice de quien deba elaborarlo y si todos los colectivos implicados deberán estar implicados (u oídos) en esa redacción.

### **Reflexiones *in fine***

Evidentemente estamos ante un tema muy complejo. No se puede resolver con un sí o con un no, rotundos, ni jurídica ni éticamente. Hay que huir de ideologías y creencias para dar una respuesta a un tema personalísimo e íntimo como es el momento de la muerte de la vivencia del dolor y de la enfermedad.

Si tuviera que proponer algo desde aquí sería que de lo que se trata con el debate sobre la eutanasia es de humanizar la muerte en una sociedad en la que la tecnología, la hospitalización, la soledad y el aumento de la expectativa de vida nos coloca en situaciones nuevas con respecto a otras épocas y en las que la persona debe poder anticipar ese momento y pensar en cómo y dónde quiere morir.

Llama la atención que en el debate que se está produciendo no haya pronunciamientos de colectivos de afectados, como pudieran

ser asociaciones de familiares de enfermos, etc., sino que lo único que sale a la luz son casos particulares. Lo que de nuevo demuestra que no se trata de un “clamor” de la sociedad para ejercitar un derecho, sino más bien de establecer procedimientos para casos particulares y excepcionales que se produzcan. De hecho, en España no ha habido una generalidad de situaciones, sino casos concretos que todos tenemos en nuestra memoria, Ramón Sampredo, Inmaculada Echeverría, y más recientemente, María José Carrasco. Y mucho más llama la atención que no se esté teniendo un debate con los profesionales sanitarios que deben aplicarla cuando la gran mayoría, como así se ha pronunciado la Organización Médica Colegial, se opone a su práctica.

Por otra parte, y insisto en ello, cuando hablamos de eutanasia tenemos que referirnos a casos cercanos a la muerte, esto es, supuestos de enfermedad terminal, porque en otro caso, no estamos ayudando a morir, no se trata de una “prestación de ayuda a morir”, lo que se está haciendo es procurar la muerte, cuando esta no está cercana.

Por otro lado, la legalización de la eutanasia desde el punto de vista internacional es una excepción también, y esto quiebra el principio de bioderecho por el que hay que preservar y establecer regulaciones que traten de armonizar las distintas legislaciones en los demás países, para evitar los denomina-

dos “turismos bioéticos”. Existe, a nivel internacional, un consenso ético y jurídico bastante consolidado en torno a algunos de los contenidos y derechos del ideal de la buena muerte. Entre los contenidos claves del ideal de muerte digna que gozan de consenso se encuentran las recomendaciones europeas que exhortan a adoptar medidas legislativas para establecer un marco coherente sobre cuidados paliativos, pero en ningún caso que se provea un “derecho a morir”.

Ante el problema de qué significa morir con dignidad y ante las soluciones doctrinales, legislativas, jurisprudenciales, médicas, asistenciales y políticas que tratan de preservar esa dignidad en el final de la vida, creo que es necesario poner de manifiesto que esa dignidad se logrará concienciando

a cada individuo de su derecho a decidir responsablemente sobre los tratamientos que se le apliquen, a rechazarlos, a solicitar el alta voluntaria y morir en su domicilio, eso sí, con cuidados paliativos. Que también los médicos se conciencien que la muerte del paciente no es frustración, sino que ante el proceso del morir está el camino del alivio, del cuidado, del acompañamiento, tarea igualmente profesional. Los juristas debemos proveer medidas, infraestructuras, con el fin de que se incorporen a los hospitales sistemas eficaces de cuidados paliativos y vías alternativas que mejoren la comunicación entre el médico y el paciente, que se dignifique la vida en su final, que eso es en definitiva lo que significa la eutanasia: una buena muerte.

**Condensó: SANTI TORRES**