

LA EUTANASIA ACTIVA Y LA MUERTE DIGNA

Emilio García Estébanez
Instituto Superior de Filosofía
(Valladolid)

Resumen: La eutanasia activa es objeto de un rechazo casi general tanto por parte de los bioéticos como del público. El problema –se arguye– que se quiere solucionar con la eutanasia se soluciona mejor y respetando la moral médica mediante los cuidados paliativos. Sin embargo, entre los bioéticos y los agentes de salud es cada vez más frecuente la opinión de que los cuidados paliativos no son una alternativa a la eutanasia y puede ser incluso una solución menos digna que ésta. Este es el tema que abordamos en este trabajo.

INTRODUCCIÓN

El término eutanasia se ha venido utilizando en la literatura especializada para designar una intervención médica consistente en no aplicar o retirar el sustento vital a un enfermo terminal cuando todavía podía ser eficaz para mantener su vida con un grado de calidad aceptable. Es la eutanasia pasiva. También cuando se propina un medicamento letal con el fin de abreviar la vida del paciente terminal o de acabar con ella con la intención de aliviar o suprimir sus sufrimientos. Es la eutanasia llamada activa en esta literatura tradicional. No se sabe por qué, el término eutanasia, que significa buena muerte, ha pasado a significar una muerte provocada ilícitamente por uno u otro de los dos procedimientos mencionados. Ahora bien, tanto el retirar o no aplicar el sustento vital a un terminal como el propinarle un medicamento letal pueden ser prácticas médicas correctas y conformes con la ética si se cumplen determinadas condiciones, pero al denominarlas también eutanasia se asocia con unas prácticas médicas incorrectas y no conformes con la moral, lo que lleva a confusión tanto a los mismos médicos como al público.

En efecto, la no aplicación del sustento vital o la retirada del mismo a un enfermo terminal puede ser una medida médicamente indicada cuando su aplicación o su continuación resultaría inoperante, es decir, fútil terapéuticamente, o cuando constituiría una intervención terapéutica desproporcionada con respecto a su resultado, es decir, encarnizada. Ahora bien, la renuncia a iniciar o continuar un tratamiento que se promete fútil o encarnizado es la praxis médica apropiada. Por eso sería conveniente no denominar a este procedimiento eutanasia, pues este término se asocia con la suspensión (no aplicación o retirada) del sustento vital o tratamiento cuando no está indicada médicamente. La OMC (Organización Médica Colegial) propone el destierro del término eutanasia pasiva porque, como alega Marcos Gómez, "se refiere a la práctica ética de no adoptar medidas fútiles y llamarla eutanasia sólo genera confusión"¹. La omisión o retirada de medios extraordinarios o desproporcionados que sólo prolongarían artificialmente la vida de un enfermo terminal no es eutanasia, dice en esta misma línea Javier Rodríguez Vega, sino un trámite, semejante a otros muchos, exigido por la buena praxis médica. La Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL), en su *Declaración sobre la eutanasia*, aprobada en Barcelona el 26 de Enero de 2002, califica de "fallido" el concepto de eutanasia pasiva y propone su abandono por ser poco operativo en moral médica y por la confusión que genera. El nombre de eutanasia pasiva, opina esta sociedad, debe reservarse para el caso en que, por compasión y en un contexto médico, se omiten los medios proporcionados e indicados para sostener la vida de una persona que tiene una enfermedad grave e irreversible con la intención de que se muera (3. 1). La ambigüedad de la expresión "eutanasia pasiva" la cifra en que designa como iguales dos situaciones que no lo son, la de permitir la muerte cuando aún se puede hacer algo, que es lo que evoca el término de eutanasia pasiva, y la de dejar morir cuando el dictamen médico es que ya no procede hacer nada. En el primer caso la intención es que se produzca la muerte del enfermo, mientras en el segundo no hay tal intención sino la de ahorrarle un tratamiento impropio. Cuando se habla de legalizar (o despenalizar) la eutanasia, es de la primera de la que se habla o debe hablarse, esto es, la de dejar morir cuando el tratamiento es todavía indicado. Ocorre, sin embargo, que en los debates sobre la eutanasia y su posible legalización algunos entienden como eutanasia pasiva aquella en que se deja morir al paciente cuando el tratamiento ya no está indicado o porque se reconoce el derecho del enfermo a rehusar un determinado tratamiento; asimismo, entienden como eutanasia activa aquella en que se aplican terapias paliativas que indirectamente acortan la vida del terminal, pero que de ningún modo pretenden causar su muerte. Son estas eutanasias las que defienden como lícitas y las que desean ver legalizadas. Ahora bien, estos procedimientos son tenidos hoy por lícitos y están legalizados, pues no se contemplan como eutanasia (3. 6). Esta confusión

¹ *Diario Médico*, 15 febrero de 2002.

podría superarse si se abandonara el uso de este término. También el público siente temor ante esta prolongación de la vida con estos medios, lo que se ha llamado encarnizamiento terapéutico u obstinación médica. Síndrome de Franco o de Tito lo ha llamado el médico alemán F. Anschutz, que ve en tales casos el símbolo de la medicina inhumana. Contra la aplicación de estos recursos extremos tratan de defenderse muchos mediante el testamento vital o documentos de voluntades anticipadas o dejando instrucciones a sus familiares o informando en este sentido a su médico. La respuesta médica a esta actitud evitando medidas terapéuticas extremas es o puede ser la práctica adecuada sin nada que ver con la eutanasia.

Asimismo, administrar a un terminal una medicación sedativa cuando sus dolores no se pueden aliviar de otra forma es también un acto médico indicado y moralmente bueno, a pesar de que tal sedación, llamada terminal, pueda abreviar o incluso acabar con su vida. Esa sedación, en efecto, se aplica con la intención de combatir los dolores refractarios y ayudar al moribundo, no con la intención de que se produzca su muerte, que es cuando sería una eutanasia activa. De ahí que “no haya objeciones éticas ni legales para emplear altas dosis de analgésicos en el tratamiento del dolor de un paciente en situación terminal, aunque esto pueda suponer de manera indirecta un adelanto de la muerte, cuando la intención del tratamiento no es provocarla” (3. 7). El manejo de medidas paliativas que puedan acortar la vida es un caso muy tenido en cuenta por la ciencia moral, que lo considera aceptable de acuerdo con el llamado “principio del doble efecto” (3. 3). Los dilemas éticos a que se presta pueden ser afrontados con el debido asesoramiento sin que sea preciso judicializar la cuestión (3. 3). “La clave reside en la intención que preside la conducta médica” (3. 7).

Como se ve, las categorías de indicación médica y de intención subjetiva del agente de salud juegan un papel hegemónico en la determinación del signo moral de las actuaciones médicas contempladas. A la indicación médica se la supone avalada por criterios objetivos y a la intención, buena o mala, se la considera capaz de dar a la acción su cualificación moral. En lo que sigue nuestro propósito es poner en duda estos dos supuestos. La indicación médica de no aplicar o de retirar el sustento vital cuando es fútil o encarnizado no cuenta con un criterio objetivo que le asegure esa condición de futilidad o de encarnizamiento. Parecido ocurre con la sedación terminal (I). Por lo que se refiere a la intención que preside la acción médica, el poder que se le otorga de dar el sentido moral a la acción está en contra de la doctrina ética más común que coloca en la estructura objetiva de la acción y su finalidad o intencionalidad intrínseca el criterio que determina en primer lugar la naturaleza moral de la acción (II). La falta de estos criterios objetivos hace que la suspensión del sustento vital no se diferencie netamente de una eutanasia pasiva ni la sedación terminal de una eutanasia activa, sino que una y otra son en realidad eutanasia. Si es así, lo que importa es ocuparse de la licitud de la eutanasia antes que empeñarse, vanamente, en sostener que la suspensión del tratamiento o la sedación terminal no son eutanasia. Asimismo,

si la suspensión del sustento vital y la sedación terminal son eutanasia, habría que admitir que las maniobras médicas con la intención de que el paciente se muera pueden ser maniobras clínicamente correctas y moralmente buenas en determinadas circunstancias. De este tipo de maniobras son la eutanasia activa rápida y el suicidio médicamente asistido, a los que se está considerando como formas de ayuda en el morir equivalentes y aun mejores que la sedación y sobre los que se está pidiendo una regulación que los legitime. Éste sería el verdadero debate (Conclusión).

I. LOS CRITERIOS DE LA INDICACIÓN MÉDICA

La doctrina sobre la licitud de la suspensión del tratamiento terapéutico y de la sedación terminal se apoya en el supuesto de que existen unos criterios objetivos que denotan cuándo una u otra maniobra médica está indicada haciendo de ellas una práctica médica correcta y una decisión moralmente buena. Tales criterios, sin embargo, no existen. No se trata sólo de que la estimación o medición de las distintas variables que piden una determinada praxis médica estén sujetas a distintas apreciaciones subjetivas o a imprecisiones objetivas, cosa de suyo normal, sino de que los conceptos y las doctrinas bioéticas son distintas y dan lugar a apreciaciones distintas y encontradas de unos mismos datos. En concreto, y por lo que interesa aquí, la suspensión del sustento vital la igualan algunos expertos en medicina y bioética con la eutanasia pasiva y la sedación terminal con la eutanasia activa.

La indicación médica de suspender el sustento vital y la eutanasia pasiva

Cuando se dice que suspender (no instaurar o retirar) un tratamiento por fútil o agresivo es una operación médicamente correcta si tal suspensión está indicada y que es eutanasia si esa suspensión no está indicada, se da a entender que existen unos criterios objetivos en los que se apoya esa indicación. La realidad, sin embargo, es que no existen tales criterios objetivos. Por fútil se entiende aquel tratamiento que tiene una probabilidad muy baja de ser efectivo o que produce un efecto que no beneficia al paciente; cuando se sabe esto con certeza se lo llama ya inútil². En la literatura médica se habla de tres tipos de futilidad: una futilidad cualitativa, esto es, cuando el tratamiento no mejoraría la calidad de vida del terminal, una calidad que es ya extremadamente pobre e inaceptable; una futilidad cuantitativa, esto es, cuando hechos los cálculos pertinentes, se estima que el tiempo que el tratamiento puede añadir a la vida del paciente es muy exiguo; y, tercera, una futilidad fisiológica, cuando se ve que el tratamiento no puede beneficiar en nada al paciente. A este particular se está de acuerdo en que mantener en vida a un vegetativo

² Cfr. David CLARK, "Between hope and acceptance: the medicalisation of dying", en *British Medical Journal* 324 (2002) 905-7.

persistente no es fútil³. Un tratamiento encarnizado es el que ocasiona un grave estropicio en el enfermo con un sufrimiento innecesario, pues no le beneficia realmente bajo el punto de vista terapéutico. Sería, aclara D. José Sastre, la prolongación del tratamiento en contra de toda "opción científica razonable", en contra de la certeza moral de que continuar la terapia no beneficiará al enfermo, certeza basada en los conocimientos profesionales del médico⁴.

Desacuerdo sobre lo que es fútil o agresivo

Resulta, sin embargo, que en la práctica nada hay más volátil y difícil de galibar que lo que es futilidad o ensañamiento. Las diversas concepciones y competencias de los profesionales de la medicina en su propio campo, la cultura en que actúan, los intereses de las instituciones hospitalarias, de la familia del enfermo y del propio enfermo implicado, las ideas morales de cada uno de ellos y sus convicciones religiosas condicionan el juicio sobre el momento en el proceso de la enfermedad en que la suspensión del tratamiento está indicada. Es decir, la estimación de lo que es fútil o agresivo depende no sólo de la indicación médica sino de otros muchos factores y criterios extraterapéuticos. Existen, es cierto, diversos sistemas de puntuación de gravedad con los que se pretende obtener un dictamen objetivo y neutralizar el subjetivismo del médico al estimar el estado del enfermo y ver si procede o no limitar el esfuerzo terapéutico, pero se reconoce que tal objetividad es difícil⁵. Esta dificultad se manifestó en el caso de Terri Schiavo, la mujer que llevaba trece años en coma en el mes de octubre de 2003, cuando un juez ordenó que se le desconectase la alimentación artificial y se la dejara morir. Sus padres apelaron esta decisión y merced a la intervención del gobernador de Florida los médicos la volvieron a rehidratar. El marido de Terri había pedido la opinión de varios neurólogos que aseguraron que la rehabilitación de la enferma sería imposible dado el gran deterioro de su cerebro, pero los padres aportaron la opinión de otros tantos neurólogos que aseguraron que la rehabilitación era posible. La misma situación contradictoria resultó con respecto a la valoración de la dignidad de la enferma en esa situación como motivo para seguir alimentándola o para dejar de hacerlo y permitir que se muriera. Su dignidad fue invocada tanto por los partidarios de desconectarla como por los opositores⁶. La controversia en los mismos términos se repitió

³ Cfr. "Deciding how much care is too much", *ACP (American College of Physicians) Observer*, marzo 1997.

⁴ Cfr. D. José SASTRE, "Eutanasia. Cuidados paliativos. Aspectos biomédicos y éticos", Conferencia Episcopal Española, *Bioética: Reconocimiento de la persona*, Madrid, Edice, 2002, p. 141.

⁵ Cfr. L. CABRÉ PERICAS, J.F. SOLSONA DURÁN (Grupo de Trabajo de Bioética de la SEMICYUC), "Limitación del esfuerzo terapéutico en medicina intensiva", *Medicina intensiva* 36/6 (2002), 4; Eduardo PALENCIA HERREJÓN, "Disfunción multiorgánica, futilidad y LET", *Revista Electrónica de Medicina Intensiva*, artículo n° 905, Vol 5, n° 10, octubre 2005, p. 1.

⁶ Cfr. *El País*, 23 octubre de 2003, p. 34.

cuando el juez ordenó la desconexión, que esta vez fue efectiva, a consecuencia de la cual falleció dos semanas después. El caso ha puesto de manifiesto la dificultad de conseguir tanto un consenso clínico como un consenso ético.

De hecho el criterio de la futilidad y del encarnizamiento como límite de la buena praxis médica es duramente criticado. Wesley J. Smith, *attorney* de la Task Force contra la eutanasia y el suicidio asistido y autor del libro *La cultura de la muerte* (2000), denuncia esta práctica médica de declarar fútil una medida y pasar al paciente a paliativos. 'Futilitarios' llama despectivamente a los que proceden así. Cuando el paciente o su familia manifiestan su voluntad de seguir en vida y que se les aplique los medios adecuados para ello, éste es el criterio que debe prevalecer por más que el médico considere fútiles tales medidas. Sin preterir que la religión de algunos pacientes les exige un tratamiento hasta el final sin el tope de la futilidad o de la carnicería terapéutica. A los protocolos de los hospitales que establecen que en caso de conflicto entre el médico y la familia sobre la futilidad o no de una medida la decisión última corresponde al comité ético y que el médico está facultado para aplicar esta decisión aun en contra del parecer de la familia, los llama licencia para matar. Cuando los médicos declaran fútil un tratamiento, continúa, lo hacen según criterios subjetivos suyos, y no es raro que entre esos criterios se encuentre el excesivo gasto económico o la pérdida en tiempo y energías del personal sanitario o las cargas físicas y emocionales. Lo que se practica, resume sarcástico, es un "racionamiento" de la atención sanitaria⁷. El mismo discurso cabe sobre el límite de la agresividad, aunque Wesley J. Smith no nos gratifica con un nombre para los que rehúsan tales medidas. Así, pues, para Smith y los que están en su línea discursiva, el criterio para tomar o no un curso terapéutico parece ser la compatibilidad de ese curso con la vida, sin que importe que sea fútil o agresivo. No tomar ese curso es dejar o mandar a extinguirse una vida por la que se puede hacer algo, lo que es eutanasia (pasiva).

En este contexto se habla además del peligro de pendiente resbaladiza (*slippery slope*, en inglés), esto es, que el umbral de lo fútil y de la obstinación médica se ponga cada vez más bajo y lo mismo los gastos o tiempo o esfuerzos requeridos. A este particular cabe citar a numerosos autores que, como Bok, son partidarios de la eutanasia pero creen que para legalizarla deben darse antes una serie de condiciones que excluyan el peligro de que se cometan abusos con los pobres y los más débiles de la sociedad o de que se aplique a los que no la desean⁸. Además, esta indicación médica protocolizada resulta más peligrosa que la eutanasia o suicidio médicamente asistido, pues, al ser legal, presta una cobertura jurídica al médico que no le prestan la eutanasia

⁷ Cfr Wesley J. SMITH, "Licence to kill: Hospitals reserve the right to pull your plug", en *laetf*, vol 18, n. 1 (2002); "Futil Care: Who Decides?", *ib.* vol. 12, n. 4 (1998).

⁸ Cfr. Gerald DWORKIN, R.G. FREY, Sissela BOK, *Euthanasia and Physician-Assisted Suicide*, Cambridge, Cambridge University Press, 1998, p. 112 ss.

activa y el suicidio asistido, sujetos a graves sanciones. Y es también posible la pendiente resbaladiza en sentido contrario, hacia arriba, esto es, que el umbral de lo fútil y de la obstinación médica se ponga cada vez más alto prolongando la vida del desahuciado innecesariamente. El peligro de elevar este umbral de lo fútil y obstinado se nutre y refuerza con el llamado imperativo tecnológico, que es el prejuicio de que si hay medios técnicos capaces de mantener la vida del paciente lo propio es aplicarlos. Además, la capacidad técnica y farmacológica se supera a un ritmo acelerado, de suerte que resulta dudoso el límite entre medios fútiles y medios eficaces y entre medios ordinarios y extraordinarios con la consecuencia de que la diferencia entre unos y otros queda a merced del juicio personal del médico. También la familia del enfermo puede contribuir a elevar este listón. En los círculos sanitarios se insiste en que el sujeto a tratar como unidad en los casos del final de la vida humana es el paciente junto con la familia. Ésta adquiere entonces un papel central en la toma de decisiones y es muy probable que opte por la alternativa de hacer lo que se pueda por su allegado. Para el médico es difícil contrariar a la familia, aparte de que sabe que el hacer algo por el enfermo, aunque sea fútil, tiene un efecto terapéutico real sobre el enfermo y sobre la familia y resulta incluso beneficioso para el personal sanitario; es lo que se ha llamado “la utilidad de la futilidad”.

Cabe también el caso de que el propio médico tema dejarse influenciar en la suspensión del sustento vital por alguna motivación oscura, lo que le lleva a aplicar o a prolongar el tratamiento más allá de lo que es razonable a fin de asegurarse de que obra con buena intención. Si en un caso dudoso ha optado por aplicar un tratamiento que luego se muestra fútil tendrá reparos en retirarlo tanto porque lo encuentra inmoral, como revela el estudio de Dickenson que luego citaremos, como para hacer más plausible la decisión de haberlo aplicado. Otros médicos, a los que su conciencia procura menos problemas que la legislación, instauran el sustento vital o eluden el retirarlo para no crearse problemas, no sea que los denuncien por no haber hecho lo suficiente. Se habla a este particular de medicina defensiva. Sin olvidar que algunos médicos, como acusan otros profesionales, tienen a gala y como una especie de pedigrí el no haber contribuido nunca a la muerte de un paciente, sólo a mantenerlo en vida. En un estudio observacional realizado en los Estados Unidos se comprobó que la retirada de la ventilación mecánica en los enfermos terminales (destete terminal) estaba más influida por las razones subjetivas del médico no fáciles de cuantificar que por factores fisiológicos mensurables (edad del enfermo, gravedad de la enfermedad, etc.). En el comentario crítico que hace Palencia Herrejón a este estudio denuncia en él un inaceptable tono paternalista⁹.

Uno de los factores que hacen la indicación más dependiente de los criterios subjetivos del médico es la valoración religiosa de la vida humana. Esa

⁹ Cfr. Eduardo PALENCIA HERREJÓN, “Factores que influyen en la decisión de retirar la ventilación mecánica en los enfermos terminales”, en *Revista Electrónica de Medicina Intensiva*, artículo n° 673, Vol 3, n° 11, noviembre 2003.

valoración condiciona fuertemente el cálculo de lo fútil y agresivo y, por tanto, la indicación médica misma. La doctrina más destacada a este particular y la más beligerante en torno a las actuaciones médicas en la fase o fases últimas de la vida es la de quienes proclaman la santidad de la vida humana y entienden esa santidad como que la vida es inviolable y un bien incomparable. Estos ven la indicación de suspender el sustento vital cuando todavía se puede prolongar la vida como una medida incorrecta bajo el punto de vista médico, inmoral bajo el punto de vista ético e impía bajo el punto de vista religioso. Efectivamente, si la vida se puede aún mantener, no hacerlo equivale a omitir los medios proporcionados e indicados. Si la vida es santa y ello significa que es un valor supremo, no hay futilidad que valga ni empeño que sea obstinado: la baja calidad de vida y su corta duración no justifica el que no se haga lo posible por ella. A esto debe añadirse el tópico de que todo paciente desea vivir, que si pide la eutanasia, eso hay que interpretarlo como una petición de que se le atienda mejor; por tanto, que no hay que suspender el tratamiento alegando que es fútil o agresivo sino intensificarlo. Vista desde el criterio de la santidad de vida así entendida, la indicación terapéutica es una eutanasia. Los defensores de la santidad de la vida humana también pueden admitir que en un determinado momento la acción terapéutica es superflua o invasiva, pero tal momento lo sitúan en un punto muy superior de la escala, de modo que dejar morir al paciente en un punto por debajo de ése, que para otros médicos sería lo indicado, para ellos es un homicidio o un asesinato.

El concepto de buena muerte es un reflejo de esta disparidad de opiniones. Unos la miden por sus perfiles físicos, una muerte indolora, sosegada y breve. Otros, por sus perfiles morales, una muerte en que se respeten los valores de la dignidad de la persona y de la vida humana, otorgando un lugar secundario a los aspectos físicos. Finalmente, otros la miden por sus perfiles religiosos, una muerte, consciente, devota, de la que el sufrimiento puede ser un ingrediente "natural". El enfermo corre el riesgo de tener una muerte en conformidad con las representaciones de una buena muerte que están establecidas y no en conformidad con las suyas propias. El médico tiene derecho a la objeción de conciencia si lo que le pide el paciente discrepa de sus convicciones morales o religiosas, no así el paciente, que tiene que dejarse morir según los protocolos aprobados o, incluso, conforme a las normas personales del médico de turno. La muerte del paciente entonces no es propiamente la suya sino una diseñada por otros, lo que es una triste manera de morir para un ser con categoría de persona.

Desacuerdo sobre el principio del doble efecto

También el principio del doble efecto está sometido al subjetivismo de los profesionales de la salud. Dicho principio se aplica a aquellas acciones humanas que tienen dos efectos, uno bueno y otro malo. Según la doctrina más común, para que tales acciones sean moralmente lícitas se requiere el cumplimiento de cuatro condiciones, a saber:

- La acción debe de ser buena o neutra.
- La intención del actor debe ser correcta (busca el efecto bueno).
- Existe una proporción o equilibrio entre los dos efectos, el bueno y el malo.
- El efecto deseado y bueno no debe ser causado por un efecto indeseado o negativo¹⁰.

La licitud moral de la retirada del sustento vital o de su no aplicación supone que se cumplen las cuatro condiciones de la regla del doble efecto. La suspensión del tratamiento es lo médicamente indicado, pues de otro modo se aplicarían medidas fútiles o agresivas, es decir, la acción de retirar o no aplicar el sustento vital es una acción buena. La intención del médico es no dañar al paciente y beneficiarle, es decir, su acción tiene por objeto este efecto bueno, siendo la muerte un efecto previsto por él pero no pretendido directamente. Se cumple la regla de proporcionalidad, pues el efecto malo, que es la muerte prevista, está compensado por el bien de evitarle la prolongación de una vida breve en esa situación de deterioro, existiendo, por tanto, proporción entre la gravedad de la acción y su motivo así como entre los dos efectos. Por último, la muerte prevista del paciente, que es el efecto malo, no es el medio para conseguir el bueno, pues la muerte es posterior o, a lo más, simultánea, con éste último, que es el no dañarle con medidas fútiles o agresivas; no se hace, por tanto, el mal para conseguir el bien ni se aduce el fin para justificar los medios. En la suspensión del tratamiento a un terminal se supone que esas condiciones están presentes y que, por tanto, la acción de no aplicar o retirar ese tratamiento se ajusta al principio del doble efecto y es, por consiguiente, una acción buena.

Ahora bien, el resultado de aplicar el principio del doble efecto depende del valor dado a los elementos o condiciones sobre las que se articula ese principio y no del principio mismo. Tal valor es atribuido por otras fuentes distintas del principio del doble efecto. Así, por ejemplo, si el tratamiento fútil o encarnizado se considera un mal compensado de sobra por el bien de vivir unas horas, días o semanas más, tal encarnizamiento resultaría aprobado por la regla del doble efecto. Sólo si se considera que tal encarnizamiento no es compensado por su resultado, la suspensión del sustento vital resultaría aprobada por esa regla. Pero la regla misma no decide si existe esa compensación o proporcionalidad. En concreto y para los casos que estamos tratando, si la santidad de la vida humana se entiende como un bien supremo e incomparable, el principio del doble efecto articulado sobre este axioma deslegitima la indicación médica de suspender el tratamiento por fútil u obstinado, pues vivir es siempre un bien superior a no vivir; no hay proporcionalidad entre la acción de suspender el tratamiento y su efecto, que es permitir

¹⁰ Cfr. *Aspectos Éticos de la Sedación en Cuidados Paliativos* (3), Documento aprobado por el Comité Directivo de la SECPAL en Barcelona el día 26 de Enero del 2002.

la muerte. Si la vida humana, en cambio, se contempla como un valor variable en función de su calidad, un valor, por tanto, comparable (esto sin excluir necesariamente que sea santa), el principio del doble efecto articulado sobre este segundo axioma puede legitimar la conclusión de que es preferible dejar extinguirse una vida antes que mantenerla en un estado de baja calidad. Habría proporcionalidad. Pero que la vida es un valor absoluto o un valor comparable no lo decide la regla del doble efecto, sino las teorías sobre el valor de la vida humana; y qué valores comparados con la vida son preferibles o no a ésta tampoco lo dilucida esta regla. Por eso la regla del doble efecto aplicada sobre un mismo cuadro clínico arroja resultados distintos. Esta regla es sólo un mecanismo lógico que da uno u otro resultado según el valor atribuido a los elementos a que se aplica, valor que no da ella sino que supone dado. De hecho, estos dos supuestos, el de que la vida es un valor supremo y absoluto y el de que la vida es un valor relativo, son los que constituyen el tema controvertido y los que dan lugar a la disparidad de posiciones en torno a las figuras morales que se ciernen sobre el final de la vida. La discusión pues, no hay que centrarla en si se cumplen o no los requisitos de la regla sino en el valor otorgado a los elementos a los que se aplica esa regla. Y el valor dado a esos elementos es, como estamos viendo, distinto según las distintas teorías y apreciaciones subjetivas.

La indicación médica de la sedación terminal y la eutanasia activa

La sedación "terminal" es una intervención médica que se encuadra en la fase final de los cuidados paliativos. Los cuidados paliativos o medicina paliativa es una especialidad surgida últimamente como una subdivisión de la medicina aplicada. Las tres subdivisiones más relevantes de ésta son la medicina preventiva, la curativa y la paliativa. Ésta última tiene por objeto atender a los enfermos incurables y terminales procurándoles una calidad de vida lo más aceptable posible combatiendo sus dolores y otros síntomas que pudieran padecer. La función de la medicina paliativa la define la Organización Mundial de la Salud (OMS) así: "Es un cuidado activo y total de los pacientes cuya enfermedad no responde al tratamiento curativo. Es importante el control del dolor, de otros síntomas, y de los problemas psicológicos, sociales y espirituales. El objetivo de los cuidados paliativos es una mejor calidad de vida del paciente y su familia"¹¹. Hay una sedación que se da por razones terapéuticas a ciertos enfermos cuya vida no está en peligro, estén o no en fase terminal; es "transitoria" y no plantea más problemas clínicos y morales que otras intervenciones¹². La sedación propia de los cuidados paliativos se entiende como "la administración de fármacos apropiados para disminuir el nivel de conciencia del enfermo con el objetivo de controlar algunos

¹¹ OMS, *Cancer pain relief and palliative care. Technical report series 804*, Geneva, 1990.

¹² Las distintas formas de sedación las enumera la SECPAL en su documento *Aspectos éticos de la sedación en cuidados paliativos* (1).

síntomas”¹³. Es una sedación profunda que, aplicada a los enfermos en fases avanzadas y terminales de su enfermedad, puede ser simplemente paliativa si se reduce su conciencia tanto como sea necesario para aliviar adecuadamente uno o más síntomas refractarios, y puede ser terminal si esa disminución de la conciencia se prevé irreversible y la muerte del paciente se prevé próxima. Ambas exigen el consentimiento explícito, implícito o delegado del enfermo. La sedación terminal es un tipo particular de sedación paliativa que se utiliza en el período de la agonía, añade el documento¹⁴. Dado que la palabra ‘terminal’ sugiere que es la sedación la que termina con el paciente, algunos autores proponen cambiar su nombre; Josep Porta es partidario de sustituirlo por el de *Sedación Paliativa en la Agonía* o, más concisamente, *Sedación en la Agonía*¹⁵.

Una enfermedad se llama terminal cuando se halla en una fase avanzada, progresiva e incurable, que, además, no responde a un tratamiento activo específico o muy escasamente y con un pronóstico de vida inferior a seis meses; otras características de esta enfermedad son la presencia de problemas y síntomas que tienden a ser intensos, multifactoriales y mudables y un fuerte impacto emocional en el paciente, la familia y en el mismo equipo médico debido a la proximidad de la muerte¹⁶. Algunos opinan que los seis meses es un período demasiado poco restrictivo¹⁷. Un enfermo terminal es el que padece una enfermedad de esas características. A este respecto se distingue entre paciente curable, paciente tratable y paciente terminal. El primero tiene una enfermedad de la que se le puede curar; en el segundo esto no es posible, pero sí lo es disminuir y controlar sus efectos negativos, como es el caso de la diabetes; terminal es aquel cuya enfermedad ni es curable ni siquiera mejorable y que está además cercano a una muerte inevitable, lo cual puede ocurrir aun cuando la enfermedad sea de suyo curable¹⁸. Una baja calidad de vida, como sería la de un vegetativo permanente, o la de los que padecen taras severas, físicas o psíquicas, no hacen al paciente terminal, pues esas circunstancias no lo ponen próximo a la muerte¹⁹. Por respecto a los dolores intratables, hay que referirlos al enfermo terminal, esto es, al afectado con una enfermedad irreversible y cercano a la muerte, pues dolores intratables así físicos como existenciales no son el patrimonio de los moribundos, sino

¹³ *Ib.*

¹⁴ *Cfr. Ib.*

¹⁵ *Cfr. Josep PORTA, “Aspectos clínicos de la sedación en cuidados paliativos”, Cuadernos de la Fundació Víctor Grifols i Lucas, Ética y sedación al final de la vida 9 (2003) 14.*

¹⁶ *Cfr. SECPAL, Guía de cuidados paliativos, cap. 2.*

¹⁷ *Cfr. Carlos CAMPS, El Mundo, suplemento Salud, 16 abril de 2005.*

¹⁸ *Cfr. E MURILLO CAPITÁN, A. DUQUE AMUSCO, J. A. VIRIZUELA ETXABURU, “Tratamiento etiológico o causal del dolor oncológico”, en Jaime SANZ ORTIZ (ed.), El tratamiento del sufrimiento evitable. Terapia analgésica, Madrid, Janssen-Cilag, 2000, p. 41-2.*

¹⁹ *Cfr. Javier VEGA GUTIÉRREZ, “Aspectos éticos en la situación terminal de enfermedad” (3.3), Bioética práctica: legislación y jurisprudencia, Madrid, Colex, 2000, p. 51-69.*

que pueden acontecerle a cualquiera sin estar al borde de la muerte. Asimismo, la muerte de que se habla alude a la descomposición de la persona que se realiza y manifiesta en el cese de sus funciones vitales fisiológicas y no al cese o descomposición de la persona que se realiza y manifiesta en la pérdida de las funciones intelectuales, como la enfermedad de Huntington o la de Alzheimer. La ley de la eutanasia en Holanda sólo tiene en cuenta el sufrimiento físico, excluyendo el psíquico, lo mismo que el hastío de vivir o el sentimiento de soledad. Se discute, no obstante, si las enfermedades psíquicas severas que causan dolores existenciales graves son motivo para la eutanasia; en dos casos de suicidio médicamente asistido por este motivo, uno llevado a cabo por el psiquiatra holandés B. Chabot a una mujer que sufría de depresión, y un segundo practicado por otro médico a un senador retirado que estaba cansado de vivir, ambos médicos fueron declarados culpables pero no se les impuso ninguna pena²⁰. La ley belga sobre la eutanasia activa, promulgada poco después que la holandesa, sí admite como motivo para la eutanasia el sufrimiento psicológico constante e insoportable.

Esta sedación, además de disminuir o quitar la conciencia, puede acortar la vida del paciente e incluso acabarla. La muerte es un momento trascendental bajo todos los puntos de vista y no se contempla como ético poner a dormir al moribundo para esa ocasión. Asimismo, el efecto de acortar la vida del paciente o de terminarla haría de esta sedación una eutanasia activa, razón por la que muchos médicos y bioéticos rechazan esta sedación como inmoral. La sedación terminal se ha convertido en uno de los temas más controvertidos de la bioética y en torno a él se congregan las cuestiones morales de mayor alcance sobre el final de la vida y el valor de ésta.

La sedación terminal y el principio del doble efecto

Los partidarios de la sedación terminal alegan que se ajusta a la regla del doble efecto y que es lícita por tanto: la intención es la de ayudar, no la de matar al enfermo; la muerte es un efecto malo indirecto, no pretendido. La SECPAL manifiesta enfáticamente que es una obligación médica prioritaria aliviar los dolores del enfermo aun cuando ello suponga el abreviar su vida o el acabarla; no hacerlo y permitir el sufrimiento del enfermo por miedo a que se pueda adelantar la muerte "es francamente maleficente"²¹; en este tramo final de la vida del paciente, sigue el documento, "el objetivo prioritario no será habitualmente la salvaguarda a ultranza de la misma, sino la preservación de la calidad de esa vida que todavía queda"²². La diferencia con la eutanasia se manifiesta, primero, en la intención, que en la sedación es aliviar el sufrimiento del paciente, y en la eutanasia es la de provocar su muerte y,

²⁰ Cfr. Theo A. BOER, "Dopo la Slippery Slope", en *Rassegna di Teologia* 44/3 (2003) 414-415.

²¹ Cfr. *Aspectos éticos de la sedación en cuidados paliativos* (3).

²² *Ib.*

segundo, en el proceso objetivo mismo, pues en la sedación se ajustan las dosis al efecto de aliviar y en la eutanasia activa se suministran dosis letales que garanticen una muerte rápida, de modo que la primera tiene éxito si alivia el dolor y la segunda si el paciente se muere pronto²³. Juan Pablo II alude en su encíclica *Evangelium vitae* a los cuidados paliativos y plantea el problema de la licitud del recurso a los diversos tipos de analgésicos y sedantes para mitigar el dolor del enfermo cuando esto comporta el riesgo de acortarle la vida o de limitar su conciencia. Siguiendo la doctrina de Pío XII, declara que es lícito ese recurso si no hay otros medios y si, en tales circunstancias, ello no impide el cumplimiento de otros deberes religiosos y morales. "En efecto, en este caso, no se quiere ni se busca la muerte, aunque por motivos razonables se corra ese riesgo. Simplemente se pretende mitigar el dolor de manera eficaz, recurriendo a los analgésicos puestos a disposición por la medicina" (n. 65). La limitación de la conciencia la tiene especialmente en cuenta, pero también la considera lícita, si bien sólo cuando haya un motivo grave, pues al aproximarse la muerte el hombre ha de estar en condiciones de cumplir sus obligaciones morales y familiares y de afrontar su próximo encuentro con Dios (n. 65).

La sedación terminal, pues, sería lícita en virtud de la regla del doble efecto. Muchos profesionales aceptan la sedación terminal únicamente porque ven cumplida en ella esta regla insistiendo en que tal regla es válida y se cumple en esta maniobra de la sedación terminal: no es igual prever la muerte que intentarla, y no lo es lógica, experiencial, conceptual, legal y moralmente, proclaman. Si no es válida la doctrina del doble efecto, la sedación terminal es un crimen. Y es que, según ellos, sólo el principio del doble efecto hace de las unidades de cuidados paliativos u hospicios "zonas exentas de eutanasia"²⁴. La sedación terminal es la acción última de un continuum que se define por el tratamiento paliativo de los síntomas; en este continuum la acción del médico es siempre la de cuidar y ayudar sin que su acción se dirija en ningún momento a provocar la muerte del paciente. Como concluye la SECPAL en el documento citado "ni la sedación paliativa ni la terminal son eutanasia encubierta"²⁵. Con motivo de la denuncia anónima sobre las sedaciones terminales practicadas en el servicio de Urgencias del Hospital Severo Ochoa de Leganés, los presidentes de varias asociaciones médicas españolas han publicado un comunicado conjunto en el que aseguran que la sedación terminal debidamente practicada es un procedimiento médico bien definido, aceptable ética y jurídicamente²⁶.

No obstante, otros especialistas no admiten que en la sedación terminal se cumpla con la regla del doble efecto; el recurso a la misma para justificar la sedación terminal lo consideran una hipocresía, una cortina de humo tras la

²³ Cfr. *Ib.*

²⁴ Cfr. Raanan GILLON, "Foreseeing is not necessarily the same as intending", en *British Medical Journal* 318 (29 May, 1999) 1431-1432.

²⁵ *Aspectos éticos de la sedación en cuidados paliativos* (3, Conclusiones 5).

²⁶ Cfr. Isabel PERANCHO, *El Mundo*, suplemento Salud, 16 abril de 2005.

que se practica de hecho la eutanasia bajo el pretexto de cuidados paliativos; la sedación es una eutanasia activa camuflada²⁷. El factor, en efecto, que hace de esta maniobra médica un caso de voluntario indirecto es la intención del médico. Ahora bien, el acortamiento de la vida o la muerte o la limitación de la conciencia no puede ser un efecto indirecto simplemente porque así lo decida el médico o el comité de ética. La buena intención del médico no puede dar la especie moral al acto ni puede tampoco ser un eximente de su propia conducta. La integridad moral de un médico no es garantía de que su conducta es buena objetivamente ni es una norma por encima de la norma moral objetiva o por encima de lo que la ley establece como su deber. En consecuencia, concluyen, si la intención no tiene el poder de cambiar el sentido de la sedación terminal, ésta es una eutanasia²⁸.

En efecto, descartada la intención, la naturaleza de la sedación terminal es la de ser una maniobra médica que provoca de suyo o no excluye provocar la eliminación de la conciencia y de la vida del paciente. Así lo reconocen, en los textos antes citados, los partidarios de este recurso que dan como justificación la ayuda que debe prestarse al enfermo cuyos dolores no se pueden aliviar por otra vía. El continuum de que se habla se interrumpe cuando la inyección sedativa ya no produce la supresión de los dolores del sujeto sino que produce la eliminación del sujeto de esos dolores. Esta última maniobra no es homologable ni clínica ni moralmente con las precedentes, pues no es de género sedativo sino de género letal. Al aplicar la sedación se retira el sustento vital (alimentos, fluidos, ventilación mecánica, antibióticos y otros medios), pues sólo prolongarían la vida que queda pero sin mejorarla. La maniobra tiene todas las trazas de una eutanasia activa²⁹. Para algunos no es que tenga las trazas, es que es una eutanasia activa y, añaden, de peor calidad y menos beneficiosa para el moribundo al prolongarse en el tiempo. Incluso hay quienes ven en esa maniobra una ayuda al suicidio cuando la retirada del tratamiento y la sedación responden a una petición del enfermo³⁰. Para los que consideran la vida un valor sagrado, incomparable, esto es, que no cede ante ningún otro (como no sea moral o religioso, como sacrificar la vida por los demás o por la fe) y, por consiguiente, inatacable, no habría motivos suficientemente graves, de más valor que la vida misma, que justificaran el agre-

²⁷ Cfr. Syme RODNEY, "Intractable Terminal Suffering", en *Annals of Internal Medicine* vol 133/9 (November 2000) 749-750.

²⁸ Cfr. B. FARSIDES, "Palliative care: a euthanasia-free zone?", en *Journal of Medical Ethics* 24 (1998) 149-150.

²⁹ Cfr. K. MARTÍNEZ URIONABARREENETXEA, "Eutanasia y cuidados paliativos: ¿amistades peligrosas?", en *Medicina Clínica* (Barcelona) 116 (2001) 142-145

³⁰ Cfr. David ORENTLICHER, "The Supreme Court and Physician-Assisted Suicide -Rejecting Assisted Suicide but Embracing Euthanasia", en *New England Journal of Medicine* 337 (1997) 1236; ver también su intervención en E. L. KRAKAUER et al, "Sedation for Intractable Distress of a Dying Patient: Acute Palliative Care and the Principle of Double Effect", *The Oncologist* 7/1 (February 2000) 53-62; Howard M. DUCHARME, "Total Sedation - A Protocol with Acidic Boundaries", en *The Center for Bioethics and Human Dignity* (24 January 2002).

dir a ésta y que convirtieran esa agresión en un efecto malo compensado por el bien de evitar los sufrimientos a un terminal; la calidad de una vida nunca es un motivo para abreviar esa vida o suprimirla, es decir, la sedación terminal no puede justificarse por la regla del doble efecto. Es una eutanasia³¹. Según esto, la sedación terminal es moralmente aceptable en la medida en que lo es la eutanasia, y en cuanto que es una eutanasia morosa es menos aceptable moralmente que la eutanasia rápida.

Una tercera posición es la de los que opinan que la sedación debidamente administrada no es un caso que necesite la regulación del principio del doble efecto. La técnica actual de alivio del dolor permite controlar los dolores sin poner en riesgo la vida del paciente, sin poner en cuestión, por tanto, ningún principio moral y sin que sea necesario aplicar la figura del doble efecto³². Se añade que el supuesto de que el uso de morfina es una estrategia terapéutica de alto riesgo es una falsa asunción, pues bien usada y dosificada es una droga inocua, más inocua en todo caso que otras, como las antiinflamatorias no-esteroidales, que se pueden usar impunemente³³. Además, no es seguro que el efecto de la morfina sea el de acortar la vida, como se afirma comúnmente, y no más bien el de alargarla, pues el enfermo, al sentirse mejor, poder relacionarse y hacer algunas actividades como efecto de la morfina u opiáceos, ve mejorada su calidad de vida, lo que ocasiona el alargamiento de ésta. Lo que sí acorta la vida sin duda es el dolor, pues menoscaba las fuerzas físicas y psicológicas del paciente en tal medida que acelerará su agonía; lo que acerca la muerte y la provoca es la negativa del médico a combatir ese dolor con los analgésicos o sedantes proporcionados. El recurrir al principio del doble efecto es causa de que el alivio del dolor no se consiga eficazmente, pues el médico cree, falsamente, que una dosis eficaz puede acelerar la muerte. Lo que se requiere es información y pericia en el profesional³⁴. Desde estos supuestos se afirma que los cuidados paliativos eficaces, los correctamente administrados, son la eutanasia de la eutanasia, pues la hacen innecesaria lo mismo que al suicidio médicamente asistido; la sedación procura una muerte tranquila a los terminales como la que pretenden garantizar la eutanasia voluntaria y el suicidio asistido, que resultarían, bajo este punto de vista de la mitigación del dolor, innecesarios.

³¹ Cfr. Torbjörn TÄNNSJÖ, "Terminal sedation: a possible compromise in the euthanasia debate?", en *Bulletin of Medical Ethics* (November 2000); también "Moral Dimensions", en *British Medical Journal* 331 (24 September, 2005) 689-691.

³² Cfr. A. THORNS, N. SYKES, "Opioid use in end-of-life care", en *American Journal of Hospice and Palliative Care* 15 (1998) 311-312; "Opioid use in last week of life and implications for end-of-life decision making", en *The Lancet* 356 (2000) 398-9; el mismo tema y título en *Archives of Internal Medicine* 163 (2003) 341-344.

³³ Así Robert TWYDCROSS, en la respuesta al artículo "Foreseeing is not necessarily the same as intending" de Raanan GILLON, *British Medical Journal* 318 (29 May, 1999) 1431-1432, publicada en el número del 8 de Junio de la misma revista.

³⁴ Cfr. Susan ANDERSON FOHR, "The Double Effect of Pain Medication: Separating Myth from Reality", en *Journal of Palliative Medicine* 1 (1998) 315-28.

Por lo que se refiere específicamente a la sedación terminal, si se la retrasa hasta la fase de agonía, tampoco requiere justificarse por la regla del doble efecto. Como se ha visto, Josep Porta sitúa en esta fase el momento propio para la sedación terminal, a la que por ello pide que se llame *Sedación en la Agonía*. En esta fase la muerte ya es cierta e inminente en virtud del mismo proceso mórbido, de modo que los sedantes no tendrían por sí mismos otro efecto que el de aliviar al moribundo; no hay lugar, por consiguiente, a la regla del doble efecto ni se requiere la buena intención del médico para ordenar esa sedación a ese efecto y no al de la muerte del paciente, pues la sedación sólo tiene un efecto, el de aliviar. Según declara la SECPAL al tratar la sedación y el principio del doble efecto, mientras la privación de la conciencia es el efecto indeseado justificado por el alivio del dolor, la muerte no sería un efecto indeseado de la sedación, pues “el paciente fallecerá inexorablemente a consecuencia de la evolución de su enfermedad y/o sus complicaciones”³⁵. Josep Porta opina que la supervivencia tras la sedación es sistemáticamente breve y no parece relacionarse con el hecho de la sedación; la necesidad de una sedación sugiere más que se trata de un indicador de muerte inminente que la causa de una muerte prematura. Otros expertos son también de esta opinión³⁶.

La sedación terminal y la eutanasia

La tercera posición citada merece una respuesta detallada, pues en ella destaca el papel ambiguo, en cierta manera represivo del bien del paciente, que juegan los principios morales.

Por lo que mira al control del dolor es cosa sabida que no siempre puede controlarse con analgésicos, que hay dolores refractarios o intratables que obligan o aconsejan recurrir a la sedación para disminuir o suprimir la conciencia. El doctor Jordi Trelis i Navarro declaraba en un Congreso (Navarra, 2000) que en la práctica diaria se controlan el 80% de los dolores con medidas farmacológicas sencillas, el otro 20% es considerado difícil para los tratamientos existentes. También denuncia que existe entre los médicos un desconocimiento sobre el uso de analgésicos y la aplicación de la sedación en la fase de agonía así como de los aspectos éticos que rodean a estos temas. Años más tarde Diego Gracia sigue lamentando que los cuidados paliativos aun constituyan una asignatura pendiente en España, porque los médicos no están formados para ello³⁷. Una investigación entre los médicos de Atención

³⁵ *Aspectos éticos de la sedación en cuidados paliativos* (3).

³⁶ Cfr. P. STONE et al., “A Comparison of the Use of Sedatives in a Hospital Support Team and in a Hospice”, en *Palliative Medicine* 11 (1997) 140-144.

³⁷ Cfr. *Abc*, 16 noviembre de 2003. Y más recientemente sigue constatando la misma insuficiencia: “En este país aun no tenemos bien organizados los cuidados paliativos, no hay un programa nacional integrado ni tenemos una red sociosanitaria para atender correctamente a las personas mayores” (Entrevista en *El País Semanal* Número 1.531, Domingo 29 de Enero de 2006).

Primaria confirma este desconocimiento por lo que se refiere a la sedación en la fase de agonía³⁸. Además, algunos médicos son reacios a usar opioides, sean débiles o potentes, pues, aunque son eficaces en combatir los dolores, temen sus efectos negativos de acortar la vida del paciente o de crearle adicción, lo que es contrario a sus convicciones profesionales, morales o religiosas, o porque podría ponerlos en conflicto con la legislación y llevarlos a los tribunales. Ante esta última eventualidad no faltan médicos que se guían por el principio de “no meterse en problemas”. Por el mismo temor, se resta credibilidad a la declaración del enfermo de que siente dolor a pesar de los analgésicos, pues una segunda dosis o una superior podrían disminuir sus expectativas de vida. De ahí las protestas de otros profesionales que reclaman que se haga caso al enfermo y el principio que figura en la *Guía de cuidados paliativos* de la SECPAL de que “cuando el enfermo dice que le duele, quiere decir que le duele”, y que el médico debe creerlo; “la potencia del analgésico –señala– la determinará la intensidad del dolor, y nunca la supervivencia prevista” (cap. 5). La OMS ha denunciado el escaso recurso a estos fármacos potentes contra el dolor, lo que da lugar a que muchos enfermos terminales padezcan innecesariamente. Estas advertencias y las cautelas que, según las investigaciones, toman algunos médicos en la administración de analgésicos y sedantes, revela que la comunidad sanitaria sigue viendo la sedación, más la terminal, como una maniobra terapéutica dudosa bajo el punto de vista ético, ilícita incluso, y que el principio del doble efecto es el motivo de estas cautelas y dudas.

Por lo que respecta a la sedación terminal retrasada hasta la fase agónica para sacarla fuera de la regulación del principio del doble efecto, hay que señalar que la agonía, que puede durar días y en casos hasta semanas con el consiguiente sufrimiento para el enfermo y la familia, se acortaría, a pesar de todo, con esta sedación, lo cual es una agresión a la vida que, aunque agónica, es, según la doctrina, por ejemplo, de los de pro vida, sagrada e inviolable siempre. En todo caso, con este retraso en aplicar la sedación terminal no se precave la eutanasia sino que se la demora. Por eso hay quienes la rechazan incluso en esta fase, pues, arguyen, aunque con dolores refractarios, el terminal podría vivir aún. El atraso de la sedación terminal hasta la fase agónica no es una directriz de la SECPAL, que más bien se manifiesta en contra; es la propuesta de algunos profesionales que, según parece, lo hacen movidos por razones religiosas³⁹. No faltan quienes opinan que el dolor forma parte de la condición humana y que no es lícito agredir la vida de un hombre, como hace la sedación terminal, so pretexto de eliminar sus dolores por razones humanitarias. El camino, dice un autor, de tratar de un modo éticamente correcto al

³⁸ Cfr N. PÉREZ DE LUCAS y colaboradores, “Opinión y utilización de la sedación terminal en el ámbito de la Atención Primaria”, en *Medicina Paliativa* 11/1 (2004) 6-11.

³⁹ Cfr. Juan M. NÚÑEZ OLARTE and D. GRACIA GUILLÉN, “Cultural Issues and Ethical Dilemmas in Palliative and End-of-Life Care in Spain”, en *Cancer Control*, January/February 2001, vol. 8, nº 1, p. 47.

hombre que sufre es con respeto y con cariño, acompañándole y aliviándole en sus muchas dolencias, aunque su sufrimiento dure más tiempo, “porque ese tiempo será sumamente bello, al estar acompañado de justicia, de amor y de asistencia verdaderamente humana”⁴⁰. Como gusta de repetir Gonzalo Herranz, profesor de bioética en la Universidad de Navarra, hay que recabar el valor del sufrimiento, su papel humanizador, ya que el dolor moviliza recursos desconocidos tanto propios como sociales por cuanto nos hace crecer ante las dificultades y reclama el auxilio y consuelo de los demás.

Esta estrategia de diferir la sedación terminal hasta la fase agónica o la de graduar la dosis sedativa durante esta fase para no provocar la muerte brusca del enfermo ha sido objeto de duras críticas y reproches porque, se objeta, no evita que esos procedimientos sedativos sean eutanasia, sino que sean una eutanasia morosa, dilatada en el tiempo. Desde que Billings y Block llamaron al goteo de morfina para producir y mantener la sedación una eutanasia lenta (*slow euthanasia*), pues acorta la vida del enfermo a medida que va fluyendo⁴¹, se ha profundizado en la naturaleza de estos procedimientos paliativos. Los partidarios de la eutanasia sostienen que la sedación terminal no es más que una forma de eutanasia, sólo que defectuosa, una eutanasia que muestra poca sensibilidad para el sufrimiento humano. En contra de esta acusación se arguye que la sedación elimina la conciencia, mientras la eutanasia elimina la vida física, lo que distingue a una de otra y hace a la primera moralmente aceptable y descalifica a la segunda⁴². Asimismo, que la eutanasia va directamente a la eliminación de la vida, mientras la sedación a la eliminación del dolor.

Estos supuestos, sin embargo, son discutidos. En primer lugar, se reconoce que la sedación terminal puede abreviar e incluso acabar con la vida física del paciente; la única diferencia entre ambas figuras, la eutanasia y la sedación, es que ésta última la elimina despacio, mientras la primera consigue esa muerte con brevedad. En segundo lugar, es difícil aceptar que la sedación sea una estrategia médica más beneficiosa para el enfermo que la eutanasia rápida y no más bien una tortura para él. Si el enfermo está inconsciente, sin poder comunicarse, sin actividad mental y abocado a una muerte cierta y próxima, ¿cómo puede asentarse la tesis de que se le beneficia manteniéndole en ese estado? ¿Qué razón hay para prolongarle la agonía durante días (2,4 días de media, pero pueden ser de hasta 4 semanas)? La razón es para que el acortamiento de la vida o la muerte misma no sean el efecto directo de la sedación paliativa sino que sean el efecto de la propia enfermedad o en todo caso el efecto indirecto de la sedación compensado por el efecto bueno de aliviar al moribundo. Se fuerza y manipula

⁴⁰ BOSCO AGUIRRE, “¿Es inmoral prolongar el sufrimiento?”, en *Fluvium* (www.fluvium.org), 29/10/05.

⁴¹ Cfr. J.A. BILLINGS, S.D. BLOCK, “Slow euthanasia”, en *Journal of Palliative Care* 12 (1996) 21-30.

⁴² Cfr. SECPAL, *Aspectos Éticos de la Sedación en Cuidados Paliativos* (3), Sedación y eutanasia a/.

el proceso para conformarlo con el principio del doble efecto. Incluso, para que esta figura se cumpla, se procede a retirar el sustento vital primero y cuando los dolores que siguen a esa retirada se manifiestan se procede a suministrar la sedación, cuando lo lógico desde el punto de vista de beneficiar al enfermo es suministrarle primero la sedación para que no sienta los dolores que probablemente se seguirán al quitarle el sustento vital.

La dilación de la sedación terminal a la fase agónica es una especie de compromiso entre la moral de principios y el consecuencialismo, que no cumple ni con una ni con otro, pues al aplicarla quebranta el principio de respetar la vida y al aplicarla tan tarde permite unas consecuencias indeseables. Aquí parece que estamos ante una obstinación o encarnizamiento moral que pone los principios éticos por encima del beneficio del enfermo, al que más que a un tratamiento médico se le somete a un tratamiento moral⁴³. Ahora bien, igual que el encarnizamiento terapéutico no es terapéutico, de igual forma la obstinación moral no es moral. Como señalaba Ronald Dworkin hace ya tiempo, la ley permite al enfermo elegir una muerte lenta rehusando el tratamiento o la comida o retirando el ventilador y muriendo ahogado, pero no puede elegir una muerte rápida, sin dolor, que sus médicos podrían proporcionarle con facilidad. Quienes desean, prosigue, para sí y sus seres queridos una muerte tranquila y corta no están denigrando la santidad de la vida, al contrario, piensan que una muerte rápida muestra más respeto por ella que una muerte prolongada⁴⁴. El doctor Rodney Syme, urólogo, activista pro eutanasia y presidente de la *Voluntary Euthanasia Society of Victoria* (Australia), habla de ironía y de hipocresía con respecto a la sedación terminal. Denuncia que se ayuda a los terminales con medios lentos e ineficaces para plegarse a las exigencias religiosas de la doctrina del doble efecto y para evitar problemas con la ley, con lo cual el médico protege sus intereses jurídicos y quizá los morales, pero no los del paciente, que puede haber manifestado otra opción. En realidad, cuando la muerte es inevitable y el sufrimiento se va a acabar sólo con la muerte, una salida rápida y dignificada bajo el control profesional es la muerte menos mala. ¿Por qué esta muerte, que duraría de media hora a dos, es inaceptable y sí lo es una muerte prolongada durante días? Con la sedación se transforma una muerte mala en una menos mala, pero lo propio es transformarla en la menos mala posible. Me siento humillado, confiesa, por haber seguido las normas de la sedación sólo para satisfacer la ética bizarra de unos cuantos⁴⁵. Peter Singer se refiere a esa ética como una ética de la gente bien, que considera sus altos ideales morales como parte

⁴³ Victoria Camps habla de invasión moral a este propósito, cfr. *La voluntad de vivir*, Barcelona, Ariel, 2005, p. 119.

⁴⁴ Cfr. R. DWORKIN, *Life's Dominion. An Argument about Abortion and Euthanasia*, London, Harper Collins, 1993.

⁴⁵ Cfr. Rodney SYME, "Coroner O. K.s Hastening Death", en *Voluntary Euthanasia Society of Victoria* (VESV), 20 June, 2000.

de su alto nivel social y de su acendrado sentido religioso. También Mark J. Lema, profesor de anestesiología en la Universidad de Buffalo, expresa su convicción de que la medicina fracasa en conseguir una muerte dulce a los terminales allí donde prevalecen los principios éticos⁴⁶.

Puede verse, pues, que los procedimientos para gestionar el final de la vida humana están sujetos a una gran ambigüedad e incertidumbre. Como respecto de la suspensión del sustento vital, tampoco respecto de la sedación hay unos criterios objetivos ni para aplicarla ni para regularla. El doctor Javier Rocafort propone elaborar un protocolo para usar en las unidades de cuidados paliativos, pues el concepto de sedación se establece desde tasas diferentes y sigue sin precisar⁴⁷. Asimismo, en un estudio sobre la frecuencia con que se aplica la sedación terminal, M. Crespo y colaboradores pudieron comprobar que la conducta de los diferentes Servicios no es uniforme en la indicación de sedación, con una diferencia para enfermos que murieron de cáncer entre un 0% a un 65%⁴⁸. Según algunos investigadores, más de la mitad de los enfermos de cáncer muere con dolores a pesar de que existen fármacos adecuados para aliviarlos⁴⁹. El escándalo suscitado en el Hospital Severo Ochoa de Leganés pone de manifiesto estas discrepancias de criterio. Lo más relevante, sin embargo, no es la falta de unas medidas seguras de la gravedad de una enfermedad y sus expectativas de supervivencia, o de la calidad de vida, o del dolor, etc.; lo relevante es la falta de un criterio ético objetivo que permita concluir si una acción médica como la sedación es eutanasia o no lo es y, en el caso de que sea eutanasia, si es un procedimiento más humano y moral que la eutanasia voluntaria y el suicidio médicamente asistido. Para algunos profesionales de la medicina y de la bioética los cuidados paliativos sujetos a las normas morales en vigor no alivian siempre al enfermo sino que, en ocasiones, lo dejan morir con sus sufrimientos; si quiere ser eficaz en el alivio del dolor, la sedación terminal tiene que asumir la posible supresión de la conciencia del terminal así como el acortamiento o la eliminación de su vida, lo que hace de ella una eutanasia.

La confusión y las discrepancias que rodean el tema interfieren, como es obvio, y dificultan grandemente la praxis médica cotidiana y amenazan el bien de los pacientes. Por eso se está pidiendo un gran pacto social que establezca unas directrices que faciliten a los médicos la toma de decisiones apropiadas. Existe, asimismo, una demanda cada vez más amplia y sólida por parte de la sociedad y de los profesionales de la medicina de una legislación que admita la eutanasia voluntaria⁵⁰ y el suicidio médicamente asistido. La

⁴⁶ Cfr. *American Society of Anesthesiologists (ASA)* 64/8 (2000).

⁴⁷ Cfr. *Diario médico*, 30, noviembre de 2002.

⁴⁸ Cfr. *Revista Española de Geriátría y Gerontología* 36/4 (2001) 234-7.

⁴⁹ Cfr. *Diario Médico*, Oncología, 5 noviembre de 2001.

⁵⁰ Una encuesta del CIS dada a conocer en octubre de 2003 revela que el 60% de los médicos españoles es partidario de legalizar, con algunos controles, la eutanasia, si bien muchos de ellos afirman que ellos mismos no la aplicarían; de este 60% un 45% reduce su aplicación a

demanda social de esa legalización responde, como observa el profesor titular (ya retirado) de medicina legal de la Universidad de Valladolid, Javier Vega, a que “cada vez hay más gente que ve cómo otros mueren de un modo menos digno y temen que les ocurra lo mismo a ellos o a sus seres queridos”⁵¹.

II. LA INTENCIÓN DEL AGENTE DE SALUD

Es llamativa la frecuencia con que en los trabajos sobre bioética y en los artículos y cartas que aparecen en las revistas de medicina se alude a la buena intención del agente de salud como factor determinante de la cualificación moral de los procedimientos médicos. Así lo leemos, por ejemplo, en la Declaración de la SECPAL: “Se pueden suscitar dudas a la hora de diferenciar el concepto de ‘permitir la muerte’ frente al de ‘eutanasia por omisión’, pero es posible establecer un criterio claro. La clave reside en la intención que preside la conducta médica. Ante un paciente en situación terminal lo que se hace o se deja de hacer con la intención de prestarle el mejor cuidado, permitiendo la llegada de la muerte, no sólo es moralmente aceptable sino que muchas veces llega a ser obligatorio desde la ética de las profesiones sanitarias... Por el contrario, cuando algo se hace o se deja de hacer con la intención directa de producir o acelerar la muerte del paciente, entonces corresponde aplicar el calificativo de eutanasia” (3. 7). La intencionalidad constante del médico hace toda la diferencia, afirma el doctor Rogelio Altisent refiriéndose a la suspensión del sustento vital y, más específicamente, a la sedación terminal. Si no hubiera esta intención, parece dar a entender, la suspensión del tratamiento sería eutanasia y los cuidados paliativos no serían tales sino eliminativos.

Insuficiencia de la intención subjetiva

Los textos dan la impresión de que toda la labor normativa descansa sobre la intención. Sin embargo, está fuera de duda que esa intención no tiene la capacidad por sí sola de hacer bueno el acto de suspender el sustento vital o de sedar al paciente terminal; se requiere que la acción sea también objetivamente buena, como enseña la teoría ética más comúnmente admitida y como se recoge en las condiciones del principio del doble efecto cuando exige que la acción ha de ser buena o indiferente. Las intenciones subjetivas no dan el sentido moral de las acciones, aunque pueden excusar, y no siempre, al infractor de una norma. Si bastara la buena intención subjetiva, el suicidio médicamente asistido y la eutanasia voluntaria y cualquier otro proceder

los enfermos terminales solamente, pero un 18, 4% la admite con independencia de que la enfermedad sea terminal o sea crónica grave e irreversible; un 70, 1% se declaró partidario de que el terminal competente tiene derecho a terminar con su vida; un 21,17% admiten el suicidio asistido y otro porcentaje igual la eutanasia activa, mientras la mayoría de los médicos, un 50, 7% está en contra de ambos procedimientos.

⁵¹ O. c. (3. 1).

quedarían validados sólo con que el agente de salud obre por buenos motivos en su propia opinión. Toda la problemática moral sobre los casos que estamos tratando sería superflua. Habría que centrarse en urgir a los interesados que se dejen embargar de buenos designios en todo lo que emprendan.

La intención de no matar tiene que corresponderse con una acción que sea objetivamente buena y que sustente esa buena intención. La *Evangelium vitae* es más cuidadosa al tener en cuenta en la definición de eutanasia no sólo la intención sino la naturaleza de la acción: "Por eutanasia en sentido verdadero y propio se debe entender una acción o una omisión que *por su naturaleza* y en la intención causa la muerte, con el fin de eliminar cualquier dolor" (n. 65, subrayado nuestro). Este acuerdo con las normas objetivas es lo determinante y no la intención subjetiva. Si de acuerdo con las normas técnicas y morales que rigen la conducta médica en estas circunstancias, la retirada del sustento vital es lo correcto, poco importa que el médico lamente y no quiera el efecto que se va a seguir, la muerte del enfermo, o que se alegre y la quiera; tal estado de ánimo delata la calidad moral de su persona, pero no da la cualificación moral a la acción objetiva que realiza, igual que si un juez disfruta condenando a alguien, eso no afecta a la rectitud o no de la sentencia, si en todo ha procedido conforme a la ley: hay agentes buenos que realizan acciones malas y agentes malos que las realizan buenas. Un agente que produce consecuencias buenas y malas no puede seleccionar a capricho las que intenta y las que no intenta ni tiene el poder de hacer buenas objetivamente las consecuencias malas con sólo hacerlas objeto de una intención buena. El poner tanto énfasis en la intención del médico manifiesta el propósito de dar a la muerte del paciente en estas maniobras de la suspensión y de la sedación el estatus de efecto indirecto, de no pretendido, para de esa manera justificarlo en virtud de la regla del doble efecto. También para establecer una diferencia con la eutanasia voluntaria y el suicidio médicamente asistido, las otras dos estrategias médicas a las que pudieran equipararse: los que practican la suspensión del tratamiento y la sedación tienen buenas intenciones, la de ayudar al paciente; los que practican la eutanasia y el suicidio asistido las tienen malas, la de matarlo directamente. Pero esto son afirmaciones arbitrarias, pues los que practican la eutanasia o el suicidio asistido también pueden tener buenas intenciones. Los profesionales del derecho no entienden que la intención no sea atenuante alguno para aquellos delincuentes que han cometido un homicidio que no tenían intención de cometer (a la hora de asaltar un banco, por ejemplo) y que, sin embargo, la intención juegue un papel eximente tan destacado en el caso de los médicos. Bajo el punto de vista estrictamente legal la intención de un asesino no cuenta.

Es verdad, sin embargo, que, aunque el recurso a la intención subjetiva del agente sanitario como determinante del significado moral de su intervención puede decirse que es una frivolidad ética, bajo el punto de vista psicológico y operativo puede decirse que no lo es⁵². Se sabe que hay médicos que tienen

⁵² La importancia de las actitudes las ha puesto de relieve Marciano Vidal en su obra magna *Moral de actitudes*, 3 vols., Madrid, PS Editorial, 1975-1979.

problemas de conciencia al suspender un tratamiento o que temen que su decisión de hacerlo esté contaminada por el deseo oculto de eliminar al paciente o que esa decisión lesione la ley⁵³. Hay que tener en cuenta que el médico se ve obligado a tomar decisiones sobre la vida y la muerte de una persona en situaciones muchas veces complejas que no permiten actuar con la seguridad deseada. Esta incertidumbre puede llevarle a posponer esa decisión, administrando al enfermo dosis más bajas y prolongando inútilmente la vida del enfermo y causándole un grave perjuicio. En este punto, su buena intención, añadida a una valoración profesional seria del estado del enfermo, debe ser tenida por el médico como una garantía de que procede correctamente. Timothy E. Quill propone la siguiente pauta para que el médico se cerciore de que obra con buena intención al sedar a su paciente: si se molesta en medir la dosis sedante para que justo produzca el efecto de aliviar y no más, estará animado por buenas intenciones; si no se molesta en medir con exactitud la dosis sino que tira a aumentarla, ello delataría el deseo de matar al paciente⁵⁴. Todas estas directrices son seguramente pertinentes y responden a los problemas reales y cotidianos en que se desenvuelve la actividad médica, pero no deben inducir al error de que la buena intención sea capaz de dar a la acción su cualificación moral.

La buena actitud de los médicos es también importante a otros efectos, como la confianza en la relación médico enfermo o la confianza del público en el sistema sanitario. No es igual contar con un personal médico comprometido y deseoso del bien del enfermo que con un personal que no sienta nada por éste, aunque cumpla a rajatabla las normas objetivas que garantizan el bien del enfermo. No es igual, lo que no quiere decir que todos los pacientes prefieran al primer tipo de médicos. No pocos prefieren al segundo tipo, como parece ser entre los anglosajones, menos proclives al sentimentalismo.

La eutanasia por compasión

La insuficiencia de la intención subjetiva para cualificar la moralidad de la acción se manifiesta en la deslegitimación de la eutanasia por compasión. La Comisión Estatal Holandesa define escuetamente la eutanasia como "la terminación intencional de la vida por alguien distinto al paciente a petición de éste"⁵⁵. Se destaca su distinción del suicidio médicamente asistido en que en éste sería el paciente mismo el que procede a acabar con su vida con los medios e indicaciones que le ha suministrado un médico. Sin embargo, la eutanasia que entra a debate en los procedimientos del final de la vida

⁵³ Cfr. Mark J. LEMA, "Terminal Killing Mercy Sedation", en *American Society of Anesthesiologists (ASA)*, 54/8 (2000). El autor confiesa haber tenido él estos problemas.

⁵⁴ Cfr. "The Ambiguity of Clinical Intention", en *New England Journal of Medicine* 329 (1993) 1039-1040.

⁵⁵ G. VAN DER WAL et al., *Family Practice* 9 (1992) 130-134.

humana es la que se practica por motivos compasivos, pues esta eutanasia goza de una cierta aprobación. El Consejo de Cuestiones Éticas y Jurídicas de la Asociación Médica Americana (AMA) define entonces la eutanasia en estos términos: "El acto de producir la muerte de una persona sufriende y desesperanzadamente enferma de una manera relativamente rápida e indolora por motivos de compasión"⁵⁶. Todavía falta una precisión, a saber, que esa eutanasia se practique en el curso de un tratamiento terapéutico conducido oficialmente por personal médico. La SECPAL, en su *Declaración sobre la eutanasia*, tiene en cuenta este último elemento en su definición de eutanasia: "Entendemos que el significado actual del término eutanasia se refiere a la conducta (acción u omisión) intencionalmente dirigida a terminar con la vida de una persona que tiene una enfermedad grave e irreversible, por razones compasivas y en un contexto médico" (3. 1). Ahora bien, si en la eutanasia por compasión el médico actuara con buenas intenciones, esta eutanasia se colocaría al mismo nivel moral que cualquier otra maniobra médica indicada, como la suspensión del tratamiento o la sedación terminal, de acuerdo con la doctrina de la SECPAL de que lo importante es la intención. Es claro, en efecto, que bajo el punto de vista de la intención subjetiva la del médico compasivo también puede ser buena si lo que quiere no es la muerte de su paciente, sino liberarle de su estado calamitoso. A este particular obra como el médico de la indicación. El supuesto de que éste último posee el poder que no posee el primero de cambiar con su intención el sentido moral objetivo de su acto es cosa excusada. Para evitar esta equivalencia se acude a la estructura objetiva del acto: en esta eutanasia por compasión el médico u otro agente procede a suspender el sustento vital antes de que las medidas terapéuticas aplicables dejen de ser proporcionadas o eficaces, cosa de la que es sabedor el médico. La suspensión del sustento vital, por tanto, sería objetivamente incorrecta, una mala praxis médica. Esto es lo que revela que la intención del médico es la de acabar con la vida del paciente. Por eso tal acto es inmoral y tal compasión es falsa, una preocupante perversión de la misma la llama la *Evangelium Vitae* (n. 66).

La eutanasia por compasión y los criterios de objetividad

A este discurso contra la eutanasia por compasión se le pueden oponer diversas consideraciones. La primera es que al médico compasivo se le atribuye la intención de matar, porque según el planteamiento hecho sabe que el enfermo puede recibir aún un tratamiento que no es ni fútil ni agresivo. Ahora bien, esta imputación se hace desde el criterio usado por la indicación médica y ya hemos visto la inseguridad a que está sometido dicho criterio. Se puede argüir entonces que igual que el médico compasivo sabe que la suspensión no está indicada desde el criterio usado por la indicación terapéutica, el médico de la indicación terapéutica sabe, o debe saber, que la suspensión

⁵⁶ *Journal of the American Medical Association* 267 (1992) 2229-2233.

del tratamiento que él hace no está indicada todavía desde el criterio, por ejemplo, de la santidad de la vida humana que proclaman los de pro vida.

En segundo lugar, el criterio para valorar si un tratamiento es fútil o agresivo se nutre de varias fuentes de información. Una de esas fuentes es el paciente mismo. Si él pide que le retiren el tratamiento y lo hace estando bien informado, de manera repetida, sin presiones externas, etc., es decir, de acuerdo con las condiciones que se exigen para dar validez a esa petición, hay garantía de que para el enfermo las medidas terapéuticas son ya fútiles o agresivas. El cuadro clínico del paciente, su estado patológico objetivo, su dolor físico, es más susceptible de estimación por parte de los médicos, pero el estado patológico subjetivo, lo que se llama sufrimiento existencial o distrés, ése es accesible en toda su magnitud únicamente al paciente mismo. Teniendo en cuenta estos dos tipos de dolores Cicely Saunders (1918-14 julio 2005), la fundadora del movimiento Hospice en Gran Bretaña, acuñó la expresión y el concepto de "dolor total" en el que quería recoger esta doble manifestación del dolor como una única realidad correspondiendo a la unidad de cuerpo y alma en el hombre⁵⁷. Los dolores existenciales son muy tenidos en cuenta por los protocolos médicos, habitualmente; sin embargo, cuando se habla de aliviar o poner fin a los dolores del paciente, el acento se pone con excesiva insistencia en los dolores físicos. Incluso cuando en la literatura médica se habla de dolor total, se le entiende preferentemente como la globalidad de los múltiples dolores físicos que afectan al paciente y que deben traerse a una síntesis a efectos de medicar adecuada y eficazmente al enfermo. Los factores psicosociales, por donde podría detectarse el dolor existencial, se abordan sólo como factores que influyen en la percepción del dolor físico por el paciente, esto es, en orden a entender y tratar mejor el dolor físico⁵⁸.

Hay evidencia de que el sufrimiento físico no es la causa primera por la que los enfermos piden la eutanasia, sino el sufrimiento existencial⁵⁹. En la encuesta realizada por el CIS a los médicos españoles sobre los motivos dados por los enfermos para solicitar la eutanasia, aparecen estos motivos psicológicos o distresantes, como el miedo a tener que depender de los demás, la sensación de ser una carga para la familia, la depresión, el miedo al deterioro físico, el miedo a perder el control mental y otros⁶⁰. En algunos estudios sobre el tema se mencionan motivos como el ser una carga para la sociedad, un impedimento para otros enfermos con mejores expectativas, el restar medios a los países pobres, etc.⁶¹. Estos dolores son difíciles de captar y

⁵⁷ Cfr. David CLARK, "'Total pain', disciplinary power and the body in the work of Cicely Saunders", *Soc Sci Med* 49 (1999) 727-736; *Diario Médico* 9/1 (2002).

⁵⁸ Cfr. A. SANZ RUBIALES, C. CENTENO CORTÉS, "Dolor único o múltiple. ¿Cuántos y de qué clase? Medida del dolor", en Jaime SANZ ORTIZ (ed.), *El tratamiento del sufrimiento evitable. Terapia analgésica*, Madrid, Janssen-Cilag, 2000, p. 51 ss, especialmente p. 61.

⁵⁹ Cfr. *Diario Médico* 13/1 (1996), p. 9: "Herbert Hendin, El dolor, una puerta falsa a la eutanasia".

⁶⁰ Cfr. *El País*, 6 octubre de 2003.

⁶¹ Cfr. Margaret Pabst BATTIN, *Ending Life. Ethics and the Way We Die*, Oxford, Oxford University Press, 2005, cap. 14, pp. 280-300.

medir dada la naturaleza personal de los mismos y porque el escaso tiempo que el médico puede dedicar a sus pacientes no le permite hacerse cargo de su estado anímico. Pero para el enfermo son muy reales y pueden mostrarse refractarios a cualquier alivio por vía farmacológica o psicológica o espiritual; incluso, el esfuerzo médico concentrado en aliviar el dolor físico, puede incrementarlos, pues al verse libre de esos dolores físicos, toma mayor conciencia de los existenciales. Recordemos el caso de Diane Pretty que padecía de esclerosis multilateral, una enfermedad degenerativa que ataca a los nervios y músculos y que la paralizaba cada vez más. El Tribunal de Estrasburgo le denegó la retirada del tratamiento, pues aún no era ni inútil ni agresivo según el criterio profesional de los médicos. Para la misma enferma, sin embargo, la principal interesada en la cuestión y la mejor conocedora de la misma, la vida que le procuraban no le merecía la pena y veía el tratamiento como fútil y como invasivo. Ella quería una muerte rápida, sin dolor, en casa, rodeada de su familia, de la que pudiera despedirse. Len y Lesley Doyal, comentando esta decisión de la Corte, la consideran inmoral aunque fuera conforme con la ley. También arguyen que si la retirada del sustento vital es beneficiosa para el enfermo, eso significa que la muerte en esas circunstancias es un bien moral superior a la vida en sí, pues con el sustento vital el enfermo podría vivir aún más. Y concluyen que si está permitido retirar el soporte vital para aliviar el dolor, por la misma razón debe estarlo la eutanasia activa y el suicidio médicamente asistido⁶².

Por las mismas fechas en que se rechazaba la petición de Diane Pretty, una mujer conocida como la Sra. B, una enferma tetrapléjica, inmovilizada de cuello para abajo y con respiración asistida, obtenía el permiso de un juez británico para que le retiraran el sustento vital, sin estar en fase terminal ni con dolores refractarios; el juez dio más validez al criterio de la paciente que al de los médicos o, mejor, al de la medicina oficial, pues los médicos secundaron el juicio del juez sin estar obligados a ello, ya que la sentencia les daba permiso pero no se lo ordenaba. La doctrina médica oficial gusta posicionarse en el horizonte de la objetividad descuidando el horizonte subjetivo de la persona enferma y minusvalorando el alcance de su autonomía, como se comprueba en el juicio que le merece el caso de la Sra. B a José Luis Requero, vocal del Consejo General del Poder Judicial y experto en Derecho Sanitario: “Estamos hablando de una persona con una gravísima limitación, pero no con una incapacidad que le aboque irrevocablemente a su muerte”. Si en España, concluye, un juez dictara una resolución similar “estaría amparando un delito de auxilio al suicidio”⁶³. Rodney Syme, citado antes, recuerda las veces que desoyó las peticiones de sus enfermos o de los familiares de éstos que le pedían la retirada del tratamiento y la eutanasia y se arrepiente amargamente de no haberles escuchado y haber prestado más oído a la ley y a los protocolos hospitalarios. El enfermo, afirma, es una fuente de información

⁶² Cfr. Len y Lesley DOYAL, *British Medical Journal* 323 (2001) 1079-1080.

⁶³ *Diario Médico*, 26 marzo de 2002.

autorizada, ¿por qué habría de descalificarse su opinión de manera sistemática? El mismo arrepentimiento expresa el doctor Timothy E. Quill con respecto a Diane, la mujer que se suicidó y a la que él prestó su asistencia pero sin estar presente en el momento de su muerte⁶⁴. Reflexionando después sobre la soledad en que ocurrió la muerte de esta mujer, el doctor Quill formula la solemne promesa de que en adelante no abandonará nunca a sus pacientes en el momento de su muerte, cualquiera sea el lugar en que estén⁶⁵. Este doctor aboga por introducir como criterio legítimo de eutanasia activa, incluso de suicidio asistido, el de la compasión, poniendo una serie de condiciones (siete) para que tal criterio ofrezca garantías⁶⁶. En esta línea precavida y de sentido humanitario se posicionan los autores del *Documento sobre la disposición de la propia vida en determinados supuestos: Declaración sobre la eutanasia*, quienes señalan que el alargamiento de la vida en determinadas circunstancias no es considerado como un bien por todas las personas y que, en tal caso, la voluntad del sujeto debe ser tenida en cuenta. Aunque no debe establecerse como un derecho la exigencia de que un tercero colabore para poner fin a la propia vida, no obstante, la solidaridad humana y la compasión deben tener en cuenta excepciones⁶⁷.

A este propósito no está de sobra subrayar que la compasión es un medio de conocimiento, pues la empatía del que se compadece le permite ponerse en el lugar del enfermo y entender mejor sus sentimientos. La compasión, además, surge cuando se mantiene un trato largo y cercano con el enfermo, de modo que la compasión por la que actúa el médico no sería una mera emoción sino una compasión informada. Desde luego, lo que resulta estridente es que a los que defienden la eutanasia y el suicidio médicamente asistido en términos tan humanitarios y que piden su legalización se les anatematice con el calificativo de “humanistas de la guadaña” y “monstruos de la estocada final”, como se permite decir un autor⁶⁸; para él, estos humanistas lo que pretenden bajo la expresión eufemística de “morir con dignidad” es “eliminar radicalmente los últimos sufrimientos, evitar a los subnormales, a los enfermos mentales y a los presuntamente incurables bajo el pretexto de hacer desaparecer una vida humanamente desdichada, que, por otra parte, supon-

⁶⁴ Cfr. T.E. QUILL, “Death and Dignity: a case of individualized decision making”, en *New England Journal of Medicine* 324 (1991) 691-694.

⁶⁵ Cfr. *Death and Dignity: Making Choices and Taking Charge*, New York and London, W. W. Norton, 1993, p. 20-22.

⁶⁶ Cfr. T.E. QUILL, C.K CASSEL, DE MEIER, “Care of the hopelessly ill: Proposed Clinical Criteria for Physician-Assisted Suicide”, en *New England Journal of Medicine* 327 (1992) 1380-1384. Una valoración de esta propuesta de Quill puede encontrarse en Andrew D. BOYD, “Physician-Assisted Suicide: For and Against”, en *American Medical Student Association (AMSA)* 11/14 (2005). Sobre la compasión en este contexto de ayuda a los terminales véase Liezl VAN ZYL, *Death and Compassion*, Aldershot, Ashgate, 2000.

⁶⁷ Elaborado por el Grupo de Opinión del *Observatori de Bioètica y Dret*, Parc Científic de Barcelona, Barcelona, Diciembre de 2003, p. 9-10.

⁶⁸ Cfr. Niceto BLÁZQUEZ, *Bioética fundamental*, Madrid, BAC, 1996, p. 513.

dría cargas demasiado pesadas para la familia y para la sociedad”⁶⁹. Este género de imputaciones menudea entre los adversarios de la eutanasia, que se niegan a reconocer que los defensores de ella lo hacen movidos por verdaderos sentimientos de respeto a la dignidad y a la autonomía de la persona. También suele alegarse que la eutanasia es una solución atractiva y barata, pues evita los gastos que conllevaría el atender debidamente al enfermo. “*Thrift euthanasia*”, han llamado los anglosajones a esta eutanasia económica, pues con ella se ahorran recursos y se puede disponer de los órganos del terminal. Esto puede darse, efectivamente, y la posibilidad de que pueda darse es uno de los argumentos que se aducen contra la legalización de la eutanasia, pero es claro que los partidarios de ésta manejan razones absolutamente ajenas a ese factor utilitario.

En tercer lugar, el obrar a sabiendas, como hace el médico compasivo, en contra de las normas terapéuticas establecidas y en contra de la ley no es por sí solo una conducta inmoral e ilegal. Las leyes, en efecto (o las directrices de un hospital o de un colegio de médicos, etc.), tratan de regular lo que ocurre generalmente, sin tener en cuenta, porque no es posible, todas las circunstancias que pueden presentarse en los casos concretos. Esas leyes son, además, objetivaciones de los valores predominantes en una sociedad, que dejan por tanto fuera los valores sostenidos por muchos particulares. Los jueces ingleses que trataron el caso de la Sra. Pretty lamentaban no poder acceder a su petición de retirarle el tratamiento y procurarle la eutanasia o suicidio asistido porque la sociedad no estaba preparada para ello⁷⁰. Ahora bien, la existencia de circunstancias particulares no recogidas por la ley hace que en ocasiones haya de obrarse en contra de la ley precisamente para cumplirla. Esta aplicación del espíritu de la ley o de la voluntad genuina del legislador en contra de la letra de la ley es objeto de una virtud específica, la virtud de la equidad o epiqueya, contemplada como tal por la doctrina moral ya desde Aristóteles⁷¹. En la eutanasia por compasión se tendrían presentes estos factores individuales, la situación y la voluntad concretas de este enfermo, por lo que podría darse un cumplimiento más estricto a la voluntad real de la ley, al principio moral que el legislador quiere plasmar en esa ley. Podría decirse entonces que el médico compasivo sabe que obra en contra de esa legislación y de esas directrices, pero no en contra de lo que, según la información que él tiene, recibida del enfermo, está realmente mandado por la ley en este caso particular.

Por el contrario, el seguimiento estricto de la ley (o de los protocolos hospitalarios o de los colegios médicos) podría convertirse en un caso de encar-

⁶⁹ *Ib.*, p. 515.

⁷⁰ Victoria Camps señala acertadamente que las decisiones individuales han de tener en cuenta su repercusión en los otros, en la familia y en la sociedad, es decir, la autonomía del individuo ha de ser compatible con el interés común (o.c., p. 114 ss). Esto no puede significar, como es obvio, que siempre haya uno de ahormarse a las convenciones sociales.

⁷¹ Cfr. *Et. Nic.* 5, 10, 1138a2.

nizamiento legal, de una obediencia a la ley por ser ley y no por el objetivo que persigue, lo cual está catalogado como un comportamiento vicioso⁷². Este comportamiento, que es una inmoralidad de ley, ya lo recoge y condena el viejo brocardo romano “*summum ius summa iniuria*”, que quiere decir que la justicia llevada al extremo es una injusticia extrema. Mucha gente ha sentido como injusta la repetida negativa dada por los tribunales a la petición de Ramón Sampedro, y recientemente el ministro de justicia de Francia, Dominique Perber, se ha hecho eco del sentir de toda la nación al pedir al fiscal que trate con clemencia a la Sra. Marie Humbert, que aplicó la eutanasia a su hijo tetrapléjico de 22 años, a petición de éste. En una columna de *El País* (26 septiembre de 2003) con el título “¿Hay derecho a matar por piedad?”, Juan G. Bedoya decía que el homicidio con fines eutanásicos, *crimen caritativo*, no es un homicidio vulgar y da lugar a dilemas éticos propios. En todo caso, en una perspectiva moral, ha de saberse que no por cumplir estrictamente con la ley se está por eso obrando moralmente bien, aunque eso sí, uno se pone a recaudo de represalias jurídicas. A veces hay que tener el coraje moral de transgredir la norma (su letra) y actuar por encima de la moral convencional, la reflejada en la legislación, y dejarse guiar por principios morales superiores, en el sentido expuesto por Kohlberg en su teoría del desarrollo moral.

La eutanasia por compasión y la autonomía del sujeto

En cuarto lugar, la eutanasia por compasión es una muestra de respeto por la autonomía y por la dignidad del enfermo. Esta muestra de respeto no la asegura la indicación médica de suspender el tratamiento por el solo motivo de que es inútil o agresivo clínicamente. Contra esto se puede alegar que la legislación y los protocolos médicos reconocen la autonomía del paciente y la validez de su petición de que no se le aplique o se le retire un tratamiento. Así, la SECPAL se pronuncia a favor del derecho del enfermo a rehusar el sustento vital. Este derecho, dice, lo defendería del encarnizamiento terapéutico y, también, avalaría su derecho a rechazar tratamientos excepcionales o desproporcionados o de éxito dudoso o a permitir terapias del dolor que indirectamente acortaran su vida. El paciente podría tomar estas opciones que no podrían ni deben interpretarse como conducta suicida, sino como derecho suyo que debe ser respetado⁷³. Ahora bien, ya el solo hecho de abogar por este derecho es un modo de reconocer que en la práctica no es respetado o no lo es suficientemente. En la práctica, en efecto, el derecho a rehusar el sustento vital es reconocido y cumplido sólo cuando la petición del enfermo coincide con la opinión que se ha formado el médico basada en su propio criterio profesional. Javier Vega Gutiérrez lo dice claramente: “La razón principal de la actuación médica no es la petición del paciente, sino la indicación médica”⁷⁴.

⁷² Cfr. SANTO TOMÁS, *Suma Teológica*, 2-2, 120, 1, 1m.

⁷³ Cfr. *Declaración sobre la eutanasia*, 3.4 y 3.6.

⁷⁴ “Aspectos éticos en la situación terminal de enfermedad” 1.1, *Bioética práctica: legislación y jurisprudencia*, Madrid, Colex, 2000, pp. 51-69.

Lo mismo se desprende de la eficacia atribuida al testamento vital, al que sólo se hace caso si las voluntades que contiene están en línea con lo que el médico opina. Esto es lo que viene a decir la SECPAL comentando el valor de este testamento, de cuya escasa o nula eficacia da tres razones: la primera, que no es posible prever las múltiples variables y complicaciones que surgen a lo largo de una enfermedad; la segunda, que una persona no puede saber lo que deseará en una situación futura; la tercera, que los pacientes suelen cambiar de opinión según transcurre la enfermedad; es propio, por tanto, que surjan dudas de si la situación actual es “exactamente” la que había previsto el enfermo al hacer el testamento⁷⁵. Antonio Pascual piensa que el testamento vital podría ayudar, aunque ese documento es propiamente una defensa contra el encarnizamiento; de suyo, lo que se recoge en él es lo que no queremos que nos hagan y en eso ya hay acuerdo de todos los médicos. No obstante, si el médico encuentra procedente suspender el sustento vital, la voluntad del enfermo expresada en ese mismo sentido le hace más fácil tomar el rumbo que él, el médico, ha decidido por su cuenta. Por eso, aunque las voluntades anticipadas no sean eficaces, son mejor que nada⁷⁶.

Todavía hay que añadir la actitud de la familia del enfermo. Un estudio a este particular informa que los familiares suelen adoptar una pose paternalista que se manifiesta en desear lo mejor para su enfermo, tanto para poder decirse que se ha hecho lo posible y quedar con la conciencia tranquila como por la convicción de que la medicina moderna, tan sorprendente, siempre puede hacer algo⁷⁷. Esta actitud se traduce a veces en un comportamiento agresivo hacia los trabajadores sanitarios cuando éstos opinan que ya no se puede hacer nada. La voluntad del enfermo y su propia escala de valores sobre la oportunidad o no del tratamiento no se toma en cuenta, aunque alguna vez se haya manifestado sobre el particular o lo manifieste actualmente; se le supone influenciado por la situación e incapaz de emitir un juicio sensato. Lo habitual es no mencionar para nada la muerte, más aun en tales momentos en los que lo que necesita es ánimos; lo procedente es engañarle sobre su situación, pues la verdad podría repercutir negativamente en el curso de su enfermedad, y una actitud positiva, todos los saben, ayuda a superar el mal momento⁷⁸. En todo caso, cualquiera sea la opinión de la familia, el criterio que prevalece es el del médico, aunque sea contrario al de aquella o al de su representante. Últimamente así lo ha puesto de manifiesto un juez (Hedley) del Tribunal Superior del Reino Unido con respecto a la niña de dos años Charlotte Wyatt que vive, sometida a constantes sufrimientos, gra-

⁷⁵ Cfr. *Consentimiento informado en cuidados paliativos*, n. 8, Documento aprobado por el Comité Directivo de la SECPAL en Madrid el día 15 de Febrero del 2002.

⁷⁶ Cfr. *El País*, 13 octubre de 2003.

⁷⁷ Cfr. José F. SOLSONA et al, “Toma de decisiones al final de la vida. Encuesta sobre la actitud ante la muerte en el paciente crítico”, en *Medicina clínica* 120/09 (15 marzo 2003) 335 ss.

⁷⁸ Se habla a este propósito de “muerte española”: cfr. Juan M. NÚÑEZ OLARTE, and D. GRACIA GUILLÉN, o.c. 50.

cias a la respiración asistida: sus padres no quieren que se le retire, pero el juez ha dejado claro que la decisión última le corresponde al médico, que ha de actuar de acuerdo con lo que él crea es lo mejor para la niña. Los deseos de los padres deberá atenderlos en la medida que lo permita su buen juicio profesional y su conciencia⁷⁹. La responsabilidad final es del equipo terapéutico, alega repetidas veces Josep Porta en una de sus contribuciones escritas a este tema⁸⁰.

La autonomía del enfermo no luce para nada, pues, en resumen, el derecho del terminal se limita a coincidir con el dictamen de los médicos. A esto en absoluto se lo puede llamar derecho. Derecho sería el de ejecutar la petición del enfermo, competente y bien informado, de retirar el sustento vital cuando él lo considera fútil o agresivo o desproporcionado⁸¹. A este derecho responde la eutanasia por compasión y no la otra. Debe añadirse, además, que algunos médicos no aceptan los criterios establecidos para la indicación terapéutica de retirar el sustento o de proceder a la sedación, pues están en contra de sus convicciones religiosas. Cuando esto ocurre, lo procedente es que invoquen su derecho a la objeción de conciencia y se dejen sustituir por otro, pero hay algunos que consideran ilícito hacer esto último, pues en su opinión sería consentir o cooperar a la eliminación de una vida⁸². El terminal corre el riesgo de que le toque un médico de estas convicciones, frente a lo que no tiene defensa alguna, pues ninguna norma obliga a estos médicos a declararse de modo que el paciente los conozca y pueda recusarlos legítimamente y a tiempo, esto es, antes de que se presente la disyuntiva de la eutanasia o de la sedación⁸³.

El cuadro descrito no es, sin embargo, el único que ofrece la realidad. En la cultura mediterránea los enfermos suelen delegar en la familia todo lo que les concierne, incluso el informe sobre su estado de salud. También delegan en el médico las decisiones que se hayan de tomar porque suponen que sabe lo que hay que hacer mejor que ellos. Esto significa poner sobre el médico una pesada carga que no le corresponde a él solo, además de que se arriesga a que le culpen de los resultados de su intervención si éstos son malos. A este respecto hay que tener presente que la autonomía no es solamente un derecho de la persona sino también una obligación y que, por tanto, el enfermo debe tomar la responsabilidad de decidir en las cosas que le atañen y la de asumir las consecuencias de su decisión.

⁷⁹ Cfr. *El País*, 22 octubre de 2005, p. 26.

⁸⁰ Cfr. "Aspectos clínicos de la sedación en cuidados paliativos", *Cuadernos de la Fundació Víctor Grífols i Lucas: Ética y sedación al final de la vida* 9 (2003) 13 y passim.

⁸¹ La información adecuada al enfermo y la competencia de éste para decidir sobre los distintos cursos de tratamiento que se le proponen es una de las exigencias vinculadas a la autonomía de la persona, cfr. Eduardo LÓPEZ AZPITARTE, "Consentimiento informado", en *Proyección* 5/212 (2004) 5-17. La categoría de autonomía del paciente está adquiriendo actualmente una importancia mayor que el principio de beneficencia en la estructura de la medicina asistencial.

⁸² Cfr. Margaret Pabst BATTIN, o. c., p. 99.

⁸³ Cfr. *ib.*, p. 100.

¿Sedación o eutanasia rápida?

En el ámbito, pues, empírico, el de la praxis médica cotidiana, el derecho del enfermo a renunciar a un tratamiento fútil o agresivo se desvanece ante el poderío del estamento sanitario; el terminal corre el peligro de verse reducido a un objeto terapéutico que ha de ser bien tratado y a un material ético sobre el que el médico (o las distintas teorías) proyecta su propio concepto de lo que es una buena muerte. Para superar este peligro, real todavía, la SECPAL trata de afianzar entre los médicos la doctrina de que permitir la muerte cuando está indicado y con buena intención no es ninguna eutanasia sino una práctica médica correcta, práctica que garantizaría los derechos del enfermo. Recuerda que los extraordinarios avances de la medicina y las mejoras indiscutibles que traen para la salud y la calidad de vida de la población conllevan el peligro de que se usen indebidamente tanto en la aplicación del soporte vital como en la administración de los cuidados paliativos, prolongando sin sentido la vida enferma incurable. Para evitar esta mala consecuencia demanda asimismo esta Sociedad un espacio de actuación médica permisivo bajo el punto de vista legal que dé a los médicos la facultad de aplicar debidamente los cuidados paliativos siguiendo su dictamen profesional, sin riesgo de incurrir en represalias jurídicas⁸⁴.

Antes hemos mencionado los casos de la Sra. B, de Diane Pretty, de Ramón Sampedro y de la Sra. Marie Humbert, a los que podrían sumarse otros muchos en que los enfermos han luchado por conseguir de la justicia que se les retire el tratamiento. La resistencia de los médicos a secundar las peticiones de estos enfermos las presentan algunos como un triunfo de la moral médica. Y, efectivamente, eso parece: un triunfo de la moral médica en contra de la moral del enfermo, al que avasalla y al que impone sus propios principios practicando una especie de encarnizamiento ético no menos temeroso que el encarnizamiento terapéutico. Sancionan esta violencia tópicos como el de que el paciente siempre quiere vivir, que si pide la eutanasia lo que pide en realidad es más atención y mejor tratamiento paliativo o que la pide bajo los efectos de un estado de depresión clínica o que carece de información, etc. Todo lo cual puede ser verdad, pero también puede ser verdad que lo pida sabiendo lo que pide y estando en sus cabales. La lucha de Sampedro o de Diane Pretty por el derecho a la eutanasia se prolongó durante años ante diversas instancias internacionales y está fuera de lugar atribuirles ignorancia o desánimo clínico y desde luego ningún cambio de opinión. Hay que tener presente que es una gran desgracia no tener la muerte que uno desea sino la que otros le diseñan, no morir como uno ha vivido sino de manera extraña a los propios deseos y representaciones. Esta desgracia es la que pende sobre el paciente terminal competente que desea la eutanasia: morirá de acuerdo con la ley y con la moral y con la fe de otros. Como reacción sin duda a sucesos de este género y a la ideología que está detrás, la ten-

⁸⁴ Cfr. *Declaración sobre la eutanasia* 2 y 3. 3.

dencia actual es la de revalidar la autonomía del paciente restando influencia a la autoridad médica y a las teorías bioéticas centradas en el valor incomparable de la vida humana.

En cuanto a la opción por la eutanasia rápida en lugar de pasar el enfermo a cuidados paliativos es una opción que muchos profesionales defienden, pues, según ellos, la sedación terminal es también una eutanasia o un suicidio médicamente asistido, sólo que menos beneficiosa para el terminal, ya que el modo de esa sedación está pensado más en función de intereses morales que en función de los intereses del paciente. Cuando se suspende el sustento vital y se deja o se permite morir al enfermo, no quiere decirse que se lo abandone. Lo habitual es que se le acompañe en esa fase postrera procurándole, si es necesario, remedios que alivien su dolor y otros síntomas molestos que pudiera tener. Suele ocurrir que cuando una terapia es ya fútil o agresiva, el paciente pida que se le retire, siempre que le aseguren cuidados paliativos o que el mismo médico le indique esa posibilidad. Una forma de estos cuidados es la sedación terminal, que no excluye, para combatir los dolores u otros síntomas, el provocarle un coma irreversible e incluso la muerte. La petición del enfermo y la actuación médica subsiguiente tiene, en primer lugar, toda la apariencia de una eutanasia. Desde luego, algunos profesionales no dudan en considerarla como tal cuando la retirada del sustento vital y la acción paliativa subsiguiente forman una unidad operativa planificada, pues el médico que retira el sustento vital no puede ignorar esta continuación posible de su decisión⁸⁵. La SECPAL advierte de que el rechazo del sustento vital por parte del enfermo debe contemplarse como un derecho de éste y no como una conducta suicida, advertencia que delata el parentesco que algunos profesionales ven entre estos cuidados paliativos y la asistencia al suicidio. Syme alude a que la sedación no presenta dificultades jurídicas, sí en cambio la eutanasia activa y el suicidio asistido como tales. La retirada del sustento vital y el paso del moribundo a los cuidados paliativos sería un procedimiento sin ningún peligro legal para los médicos, pero, sigue insistiendo, no se diferencia teóricamente de una eutanasia activa o de una ayuda médica al suicidio.

En segundo lugar, estos cuidados paliativos administrados a un terminal son una retención innecesaria de su muerte, una eutanasia subletal, una manera de mantener viva la muerte (*living death*); mientras la suspensión del tratamiento tiene por finalidad "permitir la muerte", uno de las consecuencias para el terminal de pasar a cuidados paliativos es impedir esa muerte difiriéndola. Como sigue diciendo el mismo Syme, el camino por la sedación es más inhumano que el suicidio médicamente asistido o la eutanasia. Prolongar la vida de un sedado, añade, es prolongar una vida sin calidad, es prolongar el proceso de muerte sin mejorar nada la baja calidad de esa vida que aún queda: es futilidad e hipocresía⁸⁶. ¿Por qué prolongar la agonía del

⁸⁵ Cfr. Gerald DWORKIN, R. G. FREY, Sissela BOK, o.c., p. 17 ss, especialmente p. 38.

⁸⁶ Cfr. Rodney SYME, *Annals of Internal Medicine* 133 (2000) 749-750.

paciente, por qué esta eutanasia lenta en vez de una rápida? La moral, se lamenta, impide proceder con humanidad.

Inseguridad normativa y conceptual

La *Declaración* de la SECPAL está en contra de la legalización en España de la eutanasia admitiendo que sobre su estatus moral existen muchas opiniones. Traería además consecuencias negativas, como el riesgo de que la pidan los más débiles, que se produzcan coacciones, que se incurra en la pendiente resbaladiza, etc., todo lo cual minaría la confianza en el sistema sanitario⁸⁷. Los casos que propician la eutanasia quiere conducirlos hacia los cuidados paliativos donde se podría prestar al moribundo la atención requerida sin quebrantar ningún principio moral ni legal. Pero que no quebrante ningún principio moral estamos viendo que no es seguro, es más, para algunos expertos los quebranta sin duda. Precisamente para no colidir con ninguna norma moral, algunos médicos sugieren otras alternativas a la de pasar al paciente a cuidados paliativos. Una de ellas es la de dejar al paciente morir de hambre y de sed tras retirarle el sustento vital, como proponen algunos. Existe, argumentan, cierta evidencia empírica de que la muerte por hambre y sed no es dolorosa sino dulce y apacible. No necesita, por tanto, de sedación terminal. No hay seguridad en ello, pero tampoco los paliativos son perfectos. La muerte resulta apacible y ocurre a los seis días, en algunos casos a los 15, en un caso concreto ocurrió a los 40. Estos plazos pudieran parecer excesivos, confiesa, pero no debe olvidarse que el suicidio asistido legalizado en el Estado de Oregón (USA) exige un plazo de 15 días entre la petición y la ejecución. Esta alternativa, concluye, tiene la ventaja de que es legal y no requiere psiquiatra. El rechazo del sustento vital, alimento y agua, es una solución que puede seguir el médico, no así la del suicidio médicamente asistido⁸⁸.

Tampoco el supuesto de que la muerte del paciente que se seguirá de la suspensión del sustento vital por indicación médica no está en la intención del médico es del todo seguro. El discurso dice que se deja o permite morir al enfermo, pero que la muerte del enfermo, que el médico sabe que se seguirá, no es lo que pretende con la omisión o retirada del sustento vital; lo que pretende es no dañar al enfermo desahuciado con una terapia agresiva o fútil. Esta intención del actor, prosigue el argumento, se ve confirmada por el curso

⁸⁷ Que la legalización de la eutanasia o del suicidio médicamente asistido minaría la confianza en el médico parece que se ha convertido en un tópico ya sin base. Una encuesta realizada en USA ha comprobado que una ligera mayoría no perdería su confianza en el médico aunque se aprobase la eutanasia y el médico pudiera aplicarla; los de más alta educación y renta se mostraban más favorables a la ayuda médica para morir (cfr. M. HALL, F. TRACHTENBERG and E. DUGAN, "The impact on patient trust of legalising physician aid in dying", en *Journal of Medical Ethics* 31 (2005) 693-697.

⁸⁸ Cfr. Franklin G. MILLER, and Diane E. MEIER, "Voluntary Death: A Comparison of Terminal Dehydration and Physician-Assisted Suicide", en *Annals of Internal Medicine* 128 (1 Abril 1998) 559-562.

del proceso causal físico desencadenado por su actuación: la muerte no la causa la suspensión del sustento vital sino la enfermedad del paciente que sigue libre ahora su curso. Precisamente uno de los esfuerzos teóricos mayores está dirigido a colocar esta muerte fuera de la intención de quien retira el sustento vital a fin de que su maniobra no se convierta en una eutanasia. La regla del doble efecto juega un papel decisivo a este propósito. La validez normativa de ésta es irrenunciable para muchos profesionales, pues con ella ven sancionada la rectitud de un proceder que se les impone a menudo en la praxis médica, preserva sus convicciones morales y les da cobertura jurídica.

Ahora bien, no cabe ignorar que la suspensión del tratamiento tiene una consecuencia inherente e inevitable, que es el acortamiento de la vida del paciente o su muerte. Esa muerte aparece involucrada en el acto de suspender ese tratamiento. Ciertamente, el médico no causa la muerte al retirar o no aplicar el sustento vital, eso lo hace la enfermedad, pero la intención con la que el médico realiza esta maniobra es la de que el paciente se muera a manos de la enfermedad, de otra manera su actuación no tendría sentido. Por eso, si el desahuciado no se muere en el plazo más o menos calculado, se piensa que es un resultado "imprevisto", "inesperado", algo ajeno al proceso puesto en marcha por la omisión o interrupción de la terapia (los casos en que esto ocurre son coleccionados por los de pro vida para atacar estas prácticas que acortan o ponen término a la vida del enfermo). Se espera que se muera porque es lo que se intenta. La historia causal física que conduce a la muerte y la historia intencional del médico no son dos fragmentos heterogéneos sino que forman una unidad operativa, un episodio único y global en el que el médico empieza la historia y la muerte la termina. La doctrina canónica dice que la muerte es un fin sabido pero no pretendido directamente. Lo es, por tanto, indirectamente. De ahí que se denomine al efecto malo "voluntario indirecto".

La muerte, pues, que se sigue a la suspensión del sustento vital no está fuera de la voluntad o intención del agente de salud. Si se decide, por ejemplo, desconectar a un vegetativo permanente, la muerte subsiguiente de éste está en la intención de quien realiza la desconexión, como se vio en el caso de Terri Schiavo. No vale decir que se le deja morir, pues, hay que repetirlo, el cuadro "dejar morir" no viene dado sino que es creado por la acción de retirar el sustento vital o por la decisión de no aplicarlo. Como arguyen Cabré y colaboradores, "si a un paciente le administramos morfina después de haberle retirado la respiración asistida por haber decidido que ésta es inútil, ¿cómo es posible que digamos que no pretendemos que esta persona muera? ¿Realmente creemos que el fallecimiento del paciente se debe tan sólo a un desafortunado efecto secundario del tratamiento de la disnea?"⁸⁹ La reflexión que precede a este texto merece toda la atención. Dicen los autores que la doctrina del doble efecto ha creado la ilusión en los médicos de que no pre-

⁸⁹ Cfr. L. CABRÉ PERICAS, J.F. SOLSONA DURÁN, o.c., 2.

tenden la muerte y que no la esperan. Esto, acusan los autores, “sólo nos ha servido (a los médicos) para no hacer frente a la muerte, no tomar parte en ella, no entender el tema de la dignidad y, por último, no obtener la recompensa que podríamos recibir ayudando a morir a un paciente de forma digna y con sentido”⁹⁰.

La inseguridad ética que afecta a las actuaciones médicas se refleja en las opiniones encontradas que se registran a propósito de conceptos que parecen elementales y claros, como el de eutanasia pasiva y activa. La categoría de eutanasia pasiva establecida por la Asociación Europea de Cuidados Paliativos ha sido cuestionada recientemente por la *Task Force*⁹¹. La *Declaración* de la SECPAL, refiriéndose a la eutanasia por compasión, asegura que un análisis ético riguroso no encuentra diferencia relevante entre la eutanasia pasiva y la activa: “La distinción activa/pasiva, en sentido estricto, no tiene relevancia desde el análisis ético, siempre que se mantenga constante la intención y el resultado” (3. 5). Según Cabré y colaboradores, la diferencia es meramente emocional, pero no ética, como reconocen numerosos estudios⁹². Como se sabe, la distinción entre eutanasia activa y pasiva la negó hace tiempo James Rachels y desde entonces su doctrina ha contado con partidarios, pero también con detractores, que siguen distinguiendo la eutanasia pasiva y la activa tanto en su dimensión física como en la moral⁹³.

Incluso las dos formas de eutanasia pasiva, no aplicar el sustento vital o retirarlo una vez aplicado, son acciones éticamente diferentes para algunos profesionales. Desde luego, la historia causal física de las dos formas de eutanasia pasiva no es la misma. En la omisión del sustento vital el agente de salud se limita a no actuar mientras que en la retirada del mismo hay una acción positiva, como la de desintubar, desconectar un respirador, etc. Pero también en el plano moral existe cierta evidencia empírica de que se perciben como diferentes en tanto que la segunda forma, retirar el sustento vital, muestra las trazas de una eutanasia activa, y de hecho se la asimila a ella. Distintas instituciones internacionales han establecido que no hay diferencias éticas entre no iniciar o retirar medidas ya iniciadas. Sin embargo, en la praxis hospitalaria se ha comprobado que se perciben como diferentes: si un paciente se encuentra en estado crítico, el médico o el equipo puede acordar que no procede intubarlo ni tomar ninguna otra medida sino dejarlo morir; pero si se le intuba y ventila porque no se está seguro de momento, si luego se advierte que la medida es inútil y se decide proceder a desintubarlo, esta maniobra no tiene el estatus de una simple corrección de la primera sino que

⁹⁰ *Ib.*

⁹¹ Cfr. E. GARRARD and S. WILKINSON, “Passive euthanasia”, en *Journal of Medical Ethics* 31 (2005) 64-68.

⁹² Cfr. L. CABRÉ PERICAS, J.F. SOLSONA DURÁN, o.c. 5.

⁹³ Cfr. James RACHELS, “Active and Passive Euthanasia”, en *New England Journal of Medicine* 292 (1975) 78-80; Hans THOMAS, “Eutanasia: ¿Son igualmente legítimas la acción y la omisión?”, en *Cuadernos de Bioética* XII/44 (2001) 1-14.

tiene un dibujo moral diferente, para algunos el de una eutanasia activa o el de suicidio asistido.

Un estudio llevado a cabo por Dickenson en USA y el Reino Unido arroja el resultado de que sólo un 20% de los cuidadores considera equivalente bajo el punto de vista moral el retirar el sustento vital y no aplicarlo, mientras que un 62% está en desacuerdo con que sean equivalentes: retirar el tratamiento es un asunto más serio que no aplicarlo primeramente (entre los que se declaraban no creyentes eran mayoría los que negaban esa distinción, 14). Estas posiciones se interpretan como una divergencia entre los bioéticos y los médicos clínicos en la comprensión de la realidad. Los expertos en bioética parecen discurrir distanciados y al abrigo de los cuadros concretos en que el personal asistencial tiene que obrar y decidir. Sería deseable que las ideas de estos últimos fueran escuchadas por aquéllos, y que los bioéticos estuvieran atentos a no perder el contacto con los hechos⁹⁴. Bruce Jennings contesta a la investigación de Dickenson en el mismo número de la revista (p. 110-111) matizando en otro sentido estas conclusiones. Los moralistas, escribe, opinan que si es lícito no aplicar un tratamiento, por las mismas razones lo es también retirarlo. Pero es una opinión no compartida por todos. En efecto, omitir de entrada unos tratamientos que en principio podrían prolongar un tiempo la vida del paciente resulta éticamente más difícil de aceptar que aplicarlos primero y luego tener que retirarlos. Los médicos, en cambio, encuentran más fácil de justificar el omitir un tratamiento que consideran fútil que justificar más tarde su retirada. Jennings cree que esta posición de los médicos clínicos es errónea y quiere aclarar por qué, no obstante, es tan común. Para él la divergencia entre moralistas y sanitarios a este propósito deriva de que las respuestas de estos últimos tienen más presentes las relaciones establecidas con el enfermo tras aplicarle la tecnología de sustento vital que el razonamiento ético. La decisión de aplicarle el tratamiento implica un proceso más elaborado de decisión, de examen institucional y de valoración que si simplemente se propone a la familia renunciar a cualquier tratamiento agresivo. Iniciado el tratamiento se establece un vínculo más estrecho entre el personal médico y el enfermo y los sentimientos de culpabilidad son más fuertes ante la perspectiva de tener que retirar el tratamiento si fracasara. Lo que se desprende de dicha investigación, concluye, es la necesidad de unos cauces de comunicación mutua. Los bioéticos no deben decretar cómo han pensar los médicos clínicos, sino que su tarea debe ceñirse a facilitar el diálogo y la deliberación. Jennings, como vemos, remite a factores psicológicos, sin relevancia en el orden moral objetivo, la explicación de la divergencia señalada. Pero esa explicación no parece satisfactoria, pues esas percepciones psicológicas distintas derivan de la percepción de la distinta estructura causal objetiva de una y otra forma de eutanasia pasiva.

⁹⁴ Cfr. Donna L. DICKENSON, "Practitioner attitudes in the United States and United Kingdom toward decisions at the end of life. Are medical ethicists out of touch?", en *Journal of Medical Ethics* 26 (2000) 254-260; cfr. también *Western Journal of Medicine* 174 (2001) 103-109.

CONCLUSIÓN

De lo expuesto se desprende que los principios morales y los conceptos básicos de la bioética que se refieren a la fase final de la vida humana están sujetos a una gran ambigüedad. En concreto, las estrategias médicas de la suspensión del tratamiento por indicación médica y la sedación son objeto de cuestionamientos muy serios, hasta el punto de que estas dos estrategias son descalificadas por un gran número de profesionales de la medicina y de la bioética por no cumplir con las normas morales con las que se alega que cumplen. Tales normas y su aplicación no otorgan ninguna seguridad ética sino, más bien, una gran incertidumbre a las acciones médicas que regulan. Por otra parte, la eutanasia y el suicidio asistido se contemplan como estrategias médicas que no sólo cumplen con esas normas sino que las cumplen mejor, pues resultan más beneficiosas para el terminal y más respetuosas con su autonomía. Eso explica que su aceptación sea cada vez mayor tanto en el mundo sanitario como en la población, que ven la eutanasia y el suicidio asistido (por el médico o por otra persona cualificada) como opciones éticamente aceptables para quien las pida y que, por tanto, deberían ser legalizadas o despenalizadas, de manera que se permita la colaboración del médico en la disposición de la propia vida en determinadas circunstancias⁹⁵.

La prestigiosa revista médica *British Medical Journal*, que se había mostrado anteriormente contraria a la legalización de la eutanasia, ha retirado esta oposición, mostrándose receptiva a una posible legalización de la misma; en el número 331 (24 Septiembre, 2005) varios artículos se ocupan de este tema. En una encuesta a los médicos españoles realizada por el Centro de Investigaciones Sociológicas un 41,5% se declara a favor de que se cambie la ley para permitir a los enfermos pedir y recibir la eutanasia activa así como el suicidio asistido⁹⁶. También la sociedad se decanta a favor de la despenalización total de la eutanasia; según una de las encuestas, siete de cada 10 ciudadanos se declaran a favor de ella⁹⁷. Esta demanda social de que se legalice la eutanasia y el suicidio médicamente asistido no puede ningunarse interpretándola como una petición de mejores cuidados, como se dice en la *Declaración sobre atención*

⁹⁵ Cfr. *Documento sobre la disposición de la propia vida en determinados supuestos: Declaración sobre la eutanasia*, e. c., p. 13. En la redacción del documento han participado, además de médicos y bioéticos, también filósofos, constitucionalistas, antropólogos y penalistas, todos los cuales piden un debate sobre la legalización de la eutanasia (cfr. *El País*, 19 mayo de 2004); A. AZULAY TAPIERO, "La sedación terminal. Aspectos éticos", en *Anales de Medicina Interna* (Madrid) 20/12 (2003); José Antonio MARTÍN PALLÍN, (Magistrado del Tribunal Supremo), "La muerte programada", *El País* 4 enero de 2005; Luis YÁNEZ-BARNUEVO, (médico, diputado socialista en el Parlamento Europeo y miembro de la Asociación Derecho a Morir Dignamente (DMD), "La última libertad", *El País* 11 febrero de 2005.

⁹⁶ Cfr. *El País*, 6 octubre de 2003.

⁹⁷ Cfr. *El Mundo*, 5 de octubre de 2003.

médica al final de la vida (p. 2-3) de la Organización Médica Colegial y de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Más bien hay que interpretarla como un cambio efectivo de valores y de actitudes ante la nueva realidad de la vida y de la medicina. La capacidad técnica que ha adquirido ésta última rebasa la capacidad regulativa de los viejos principios de la bioética⁹⁸.

Fukuyama ha revocado su famosa doctrina sobre el último hombre, pues según él la biotecnología actual puede cambiar substancialmente la naturaleza de ese hombre que él consideraba último, igual que los neurofármacos están cambiando las conductas o prolongando la vida humana hasta límites sin experiencia. La ciencia y la técnica biológicas, asegura, están alumbrando un espacio moral desconocido⁹⁹. En esta línea de alerta y de prudencia ante las nuevas y desconocidas perspectivas que están abriendo las ciencias Hans Jonas propone la 'hermenéutica del miedo', esto es, ante cualquier aplicación de la técnica prestar la máxima atención a las peores consecuencias previsibles y renunciar a esa aplicación si hay sospecha de que habrá tales consecuencias. Son muchas las voces que se unen a las de estos dos autores. Esta atención que se presta a las enormes y en parte desconocidas potencialidades de la ciencia y de la técnica debe prestarse también a las directrices tradicionales de la bioética, pues los principios que las han dictado se han fundamentado en una realidad médica y en unos valores ya sobrepasados y substituidos por otros. A este respecto, la adhesión incondicional a los viejos valores morales y a sus principios regulativos, como hacen los fundamentalismos, tanto los éticos como los religiosos, constituye un peligro igual o mayor que la aplicación indiscriminada de las nuevas tecnologías.

La equivalencia en el nivel ético entre suspensión del tratamiento, sedación y eutanasia rápida, incluso la superioridad moral de ésta última, obliga a concluir que las maniobras médicas con la intención de que el paciente se muera son maniobras moralmente buenas en determinadas circunstancias. Cuando se suspende el sustento vital para permitir la muerte del paciente o cuando se seda al terminal sabiendo que se acorta su vida o se la elimina, es inútil negar que la muerte se convierte en un objetivo terapéutico¹⁰⁰, en un recurso médico para combatir el sufrimiento. Esto denota que la muerte es un bien, un bien preferible a la vida en esas circunstancias. La eutanasia rápida y el suicidio médicamente asistido se basan también en ese supuesto de que la muerte es un bien y un bien preferible a vivir. A este respecto las cuatro estrategias médicas no se diferencian significativamente entre sí bajo el punto de

⁹⁸ La insuficiencia de los principios éticos en vigor para regular moralmente la realidad de la medicina actual la expone Tom KOCH, *The Limits of Principle. Deciding Who Lives and What Dies*, London, Praeger, 1998; Peter Singer denunció hace ya tiempo que los principios de la vieja bioética han caducado y que es preciso substituirlos por otros, cfr. *Repensar la vida y la muerte. El derrumbe de nuestra ética tradicional*, Barcelona, Paidós, 1997.

⁹⁹ Cfr Francis FUKUYAMA, *Our Posthuman Future: Consequences of the Biotechnology Revolution*, London, Profile Books, 2002.

¹⁰⁰ Cfr. Allen B. SHAW, *Journal of Medical Ethics*, 31/2 (2005) 64.

vista de su objetivo y de su titularidad moral. Son alternativas a una situación límite. La elección de una de ellas vendrá persuadida tanto por las características del cuadro clínico como por los deseos del paciente¹⁰¹. Analizadas en sí mismas, sin embargo, la eutanasia rápida y el suicidio asistido muestran una mayor conformidad con lo que hoy se entiende por una muerte digna, al menos así lo manifiestan una parte de los expertos y de la población¹⁰². Azulay Tapiero, aludiendo al largo tiempo cronológico, pero más al existencial, que la sedación deja transcurrir hasta que se produce el deceso del paciente, estima que “la eutanasia activa voluntaria, cuando la muerte es una certeza absoluta y está próxima, conseguiría evitar este período de gran estrés y sufrimiento”¹⁰³. Si, como se proclama, permitir el sufrimiento del paciente es éticamente inaceptable, de manera que, en palabras de la SECPAL, “la potencia del analgésico la determinará la intensidad del dolor, y nunca la supervivencia prevista”, es la supresión de ese sufrimiento lo que importa en esta fase postrera, lo cual puede exigir como último recurso la muerte del terminal; la prolongación de la vida en esas condiciones, máxime si esta prolongación sólo se hace para que se cumplan unos principios morales dudosos y perjudiciales para el moribundo, se antoja impropio, a no ser que sea esa la voluntad expresa del paciente.

En un editorial de la revista *British Medical Journal*, A. C. Grayling sitúa el derecho a morir como incluido en el derecho fundamental a la vida por más paradójico que parezca. El derecho a la vida, arguye, no significa la mera existencia sino una existencia de una calidad mínima. Por debajo de esta calidad la vida ya no es un bien. Este derecho, añade, implica el derecho suplementario a la asistencia que puede prestar la ciencia médica para una muerte sin dolor y fácil. Este derecho suplementario es el que levanta dificultades, las cuales sólo se han superado en unos pocos países. Según Grayling, sin embargo, esas dificultades se deben al supuesto de que la omisión del sustento vital y un tratamiento que provoque la muerte se consideran actos moralmente distintos, distinción, dice, que no se da en realidad¹⁰⁴. El médico que no tiene reparos en suspender el tratamiento a un terminal o en sedarle debería tener aún menos en practicarle una eutanasia rápida. Len Doyal subraya que el deber del médico es actuar en el mejor interés del paciente y esto, dice, obliga a preguntarse sobre un código ético que pone la integridad moral de un médico particular sobre el deber que tiene de obrar en favor del paciente¹⁰⁵. En la entrevista antes referida, Diego Gracia reconoce el derecho

¹⁰¹ La similitud de estas actuaciones bajo el punto de vista moral se refleja en la terminología neutra que se aplica a todas ellas: “muerte médicamente asistida”, en inglés PAD (Physician-assisted death).

¹⁰² Cfr. Gerald DWORKIN, R. G. FREY, Sissela BOK, o.c., p. 38; A. AZULAY TAPIERO, o.c., 3.

¹⁰³ A. AZULAY TAPIERO, o.c., pp. 4 y 7.

¹⁰⁴ Cfr. A. C. GRAYLING, “Right to die”, en *British Medical Journal* 330 (9 April 2005) 799.

¹⁰⁵ (Cfr. Len DOYAL, “The moral character of clinicians or the best interest of patients?”, en *British Medical Journal* 318 (29 May 1999) 1432-1433.

de la persona a gestionar su propia muerte, esto es, a elegir la eutanasia o el suicidio asistido, pero no tiene claro, añade, que esa persona tenga derecho a que los demás hayan de involucrarse en ella (p. 18). Está en lo cierto, sin duda, pero el problema no es ése en absoluto, pues hay médicos dispuestos a prestar esa ayuda que consideran en conciencia un deber moral inherente a su profesión. El problema es que esa ayuda está penalizada.

La doctrina de que la ayuda a los pacientes que se hallan en una situación de graves y persistentes dolores o miseria y que de manera repetida, voluntaria y racional, piden el suicidio es una obligación moral del médico va teniendo cada vez más aceptación en la sociedad, en los médicos y en los bioéticos. Los sucesivos Congresos Internacionales de la Federación Mundial de Asociaciones pro Derecho a Morir tienen como uno de los objetivos centrales abogar por el derecho del enfermo terminal competente a contar con la ayuda de los médicos, quienes han de poder responder compasivamente sin correr el riesgo de ser perseguidos legalmente (Melbourne, 15-18 Octubre de 1996). En el celebrado en Zurich (12-15 Octubre de 1998) se elogia como valiente la conducta de los médicos que han ayudado al suicidio a pesar de ser ilegal y anima a los médicos del mundo a manifestarse a favor de este derecho. En el de Boston (1-3 Septiembre de 2000), se acuerda y firma por diversos colectivos sanitarios, entre ellos alguno español, una Declaración sobre la Muerte Asistida en la que se sigue apoyando el derecho del enfermo terminal competente a pedir ayuda médica para acelerar su muerte. En esta Declaración se alude a la sedación terminal, a la que se acusa de no ser otra cosa que una eutanasia a la que se pretende justificar por el principio del doble efecto, principio que logra cumplirse gracias al papel hegemónico arbitrariamente otorgado a la intención; pero la buena intención, alegan los firmantes, también pueden haberla tenido los médicos que han practicado compasivamente la eutanasia activa rápida, pues es bien sabido que tal eutanasia se practica. A este particular piden a los médicos que sean más sinceros sobre esta forma de muerte asistida. No creen que la sedación y una dosis letal de efecto rápido se diferencien en otra cosa que en la duración. Además, frente a una eutanasia lenta, como es la sedación, la eutanasia rápida la consideran más digna y pacífica. También Battin defiende con argumentos morales el derecho al suicidio y la obligación médica de prestarle ayuda: en su opinión los cambios culturales que se están efectuando y la legalización en algunos países del suicidio médicamente asistido hacen abrigar la convicción de que en el futuro este suicidio será un modo generalizado en la sociedad de ayuda en la muerte¹⁰⁶. Últimamente el Supremo de EE. UU. ha avalado la ley del suicidio asistido médicamente del Estado de Oregón y se espera que a la vista de esta confirmación otros Estados como el de Vermont y California adopten un texto semejante¹⁰⁷.

¹⁰⁶ Cfr. O. c., cap. 4, especialmente p. 98 ss y cap. 17, p. 321 ss.

¹⁰⁷ Cfr. *Abc*, 18 Enero de 2006.

Los autores del *Documento sobre la disposición de la propia vida en determinados supuestos: Declaración sobre la eutanasia*, antes citado, invocan la solidaridad humana y la compasión para fundamentar la ayuda de un tercero al suicidio, pues “aunque exista una regla general de prohibición de colaborar en la muerte de otro, se deben tener en cuenta excepciones” (p. 10). Como excepción también lo admitiría Diego Gracia pero en manera alguna como regla. A propósito de esta concesión a título excepcional hay que subrayar que el tema es si existe el derecho a un suicidio asistido y, por tanto, la obligación moral del médico de prestar su asistencia. Se arguye, en efecto, que los cuidados paliativos bien administrados hacen innecesarios tanto la eutanasia como el suicidio asistido, pues procuran al terminal una muerte sin dolor. “Con unos buenos cuidados paliativos –declara Diego Gracia en la entrevista citada– y una sedación terminal bien manejada, se pueden resolver prácticamente todos los problemas. Todos” (p. 18). Se alude al caso holandés donde después de legalizarse la eutanasia los colegios médicos han visto que, efectivamente, la oferta de unos buenos cuidados paliativos disminuye las peticiones de eutanasia, por lo que, tras la aprobación de ésta, lo que han decidido es potenciar la medicina paliativa.

Sin embargo, esto ni descalifica ni hace innecesario el suicidio asistido ni menos aun lo ilegítima. Los cuidados paliativos y su progreso hace que muchos terminales se confíen a ellos en lugar de solicitar una muerte pronta, pero algunos enfermos, sabiendo eso, siguen pidiendo, no obstante, la eutanasia rápida o el suicidio asistido. El presidente de la SECPAL, en un artículo de *El País* (28 de octubre de 2003) reconoce que el enfoque paliativo puede no satisfacer las necesidades de algunos pacientes. En estos casos, ante una solicitud de eutanasia, sería necesario, según él, 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. Hay que responderle que estos dos factores han sido contemplados por numerosos expertos que concluyen que la eutanasia es una opción moral buena y que en sí misma, sin considerar la voluntad explícita del paciente que puede desear otra cosa, es la más correcta, más correcta que la eutanasia pasiva y la sedación terminal. El Congreso de Zurich antes aludido afirma que el abatimiento y sufrimiento existencial es un motivo justificado para la eutanasia activa y para el suicidio asistido y este derecho a elegir una muerte asistida, añade con intención, no queda excluido por unos cuidados paliativos excelentes¹⁰⁸. Es decir, el tema del derecho a un suicidio asistido es una cuestión específica de bioética que no queda resuelta por la alegación de que los cuidados paliativos son eficaces y legales. Lo que hay que resolver es la licitud moral del suicidio asistido y, caso de que lo sea, si es una alternativa a igual título médico y moral que la eutanasia activa y la sedación terminal.

¹⁰⁸ Cfr. *Iaetf*, vol. 12, n. 4 (1998).