



Informe sobre l'eutanàsia i l'ajuda al suïcidi

Informe sobre la eutanasia y la ayuda al suicidio

Comitè Consultiu de Bioètica de Catalunya


© 2006 Generalitat de Catalunya
Departament de la Salut

Tiratge: 15.000 exemplars

Producció editorial: Prous Science, S.A.

Queda rigorosament prohibida, sense l'autorització per escrit del titular del Copyright, sota les sancions establertes a les lleis, la reproducció parcial o total d'aquesta obra per qualsevol mitjà o procediment, incloent-hi la reprografia i el tractament informàtic, així com la distribució d'exemplars mitjançant lloguer o préstec públic.

Dipòsit legal: B-15221-06
ISBN: 84-8124-228-4



**Informe sobre l'eutanàsia
i l'ajuda al suïcidi**

**Informe sobre la eutanasia
y la ayuda al suicidio**



PRESENTACIÓ

La Comissió Assessora de Bioètica i el Comitè de Bioètica, antecessors de l'actual Comitè Consultiu de Bioètica de Catalunya, han estat els capdavanters en la defensa del respecte als valors de la dignitat i l'autonomia de les persones. En són prova l'elaboració, l'any 1997, de la *Guia de consideracions sobre el consentiment informat*, revisada i actualitzada en una nova edició l'any 2003, i les *Consideracions sobre el document de voluntats anticipades* de l'any 2001. Val a dir que aquesta preocupació ha estat present en molts altres documents i debats en què han intervingut el Comitè o els seus membres.

Amb la constitució, el setembre de 2005, del nou Comitè Consultiu de Bioètica de Catalunya, s'ha volgut deixar palesa la necessitat que el respecte als drets humans i a la dignitat de les persones sigui compatible amb el progrés científic i tècnic. Per això s'ha reforçat el seu caràcter com a fòrum d'anàlisi racional i de diàleg plural, i no dogmàtic, multidisciplinari i no corporativista, on es fomenti la discussió sobre valors i no solament sobre aspectes jurídics. També se l'ha dotat de major independència de l'Administració per fer-lo més creïble com a òrgan assessor però no decisor; és a dir, que recomana però que no imposa, que dóna raons i assenyalava límits que serveixin d'ajuda per orientar les decisions que calgui prendre.

En aquesta nova etapa, el Comitè Consultiu, seguint la línia dels seus debats anteriors i responent a una demanda feta des del Departament de Salut, vol contribuir amb el document *Eutanàsia i ajuda al suïcidi* a impulsar un debat que ajudi a trobar la manera de fer front a la inquietud de les persones que no veuen protegida la seva autonomia en el marc legal actual.

El document no pretén ser punt d'arribada sinó, al contrari, l'inici o continuació d'un debat que entenem que ha de ser ampli, plural, sense pors ni limitacions conjunturals, tal com pertoca fer a un òrgan consultiu independent, que basa la seva raó de ser en el foment de la deliberació i la reflexió, no solament entre els professionals que s'hi poden veure implicats sinó també en el conjunt de la societat.

Barcelona, març de 2006

Victòria Camps Cervera

Presidenta del Comitè
Consultiu de Bioètica de Catalunya

Rafael Manzanera López

Coordinador del Comitè
Consultiu de Bioètica de Catalunya

Membres del grup de treball que han elaborat aquest informe:

Rogeli Armengol

Codirector del grup.

Metge psiquiatre i psicoanalista.

President del Comitè d'Ètica Assistencial de l'Hospital Vall d'Hebron.

Margarita Boladeras

Codirectora del grup.

Catedràtica de Filosofia Moral i Política de la Universitat de Barcelona.

Directora del postgrau *Bioètica i qualitat de vida*.

Marc Antoni Broggi

Metge cirurgià.

President del Comitè d'Ètica Assistencial de l'Hospital Germans Trias i Pujol.

Victòria Camps

Catedràtica de Filosofia Moral i Política de la Universitat Autònoma de Barcelona.

Vicepresidenta del Consell de l'Audiovisual de Catalunya.

Ramon Espasa

Metge cirurgià.

Exconseller de Sanitat.

Diputat al Parlament de Catalunya. Senador.

Javier Hernández

Magistrat de la Secció Penal de l'Audiència Provincial de Tarragona.

Màrius Morlans

Metge nefròleg.

Director assistencial de l'Àrea General de l'Hospital Vall d'Hebron.

Milagros Pérez Oliva

Periodista, Redactora en cap d'*El País*, responsable de l'àrea de Biomedicina.

Professora del Departament de Periodisme i Comunicació Audiovisual de la Universitat Pompeu Fabra.

Albert Royes

Doctor en Filosofia.

Professor d'Ètica Mèdica de la Facultat de Medicina de la Universitat de Barcelona.

Secretari de l'Observatori de Bioètica i Dret.

Núria Terribas

Advocada.

Directora de l'Institut Borja de Bioètica.

Josep Maria Busquets

Metge. Responsable de bioètica, Departament de Salut.

Secretari del grup de treball.

ÍNDIX

1. INTRODUCCIÓ.....	7
1.1. Viure i morir avui. Problemes que cal resoldre	7
1.2. Altres estudis i declaracions d'institucions catalanes	12
1.3. Límits de l'informe.....	12
2. DEFINICIONS I PRECISIONS TERMINOLÒGIQUES UTILITZADES EN AQUEST INFORME.....	15
3. ARGUMENTS FILOSÒFICS SOBRE L'EUTANÀSIA I EL SUÏCIDI ASSISTIT.....	19
4. LA DIGNITAT HUMANA COM A FONAMENT DE L'EUTANÀSIA.....	25
5. PRINCIPIIS I DRETS FONAMENTALS.....	29
5.1. El dret a la vida.....	29
5.2. El principi de dignitat de la persona.....	30
5.3. El principi d'autonomia. Disponibilitat de la vida pròpia	32
5.4. Què significa "mort digna"?	33
6. LA VOLUNTAT DEL PACIENT D'ESCOLLIR LLIUREMENT I L'OBLIGACIÓ CONSTITUCIONAL DE PROTEGIR LES PERSONES.....	37
7. L'EXPRESSIÓ DE LA VOLUNTAT.....	39
7.1. El consentiment informat.....	39
7.2. El malalt en situació d'incompetència.....	40
7.3. Les voluntats anticipades.....	40

8. ASPECTES LEGALS	43
8.1. Reflexions a la llum de la Constitució espanyola	43
8.2. La legislació a Espanya	46
8.3. La situació en altres països	47
9. CONSIDERACIONS SOBRE LA FI DE LA VIDA	55
9.1. Polítiques socials pertinents	55
9.2. La “bona praxi mèdica” actual	56
10. EL SUÏCIDI ASSISTIT I L'EUTANÀSIA	61
10.1. El suïcidi mèdicament assistit	61
10.2. Eutanàsia	62
10.3. Condicions per portar a terme l'eutanàsia i el suïcidi mèdicament assistit	62
10.4. Òrgans de supervisió i control	64
11. RECOMANACIONS	67
12. BIBLIOGRAFIA	69

1. INTRODUCCIÓ

1.1. Viure i morir avui. Problemes que cal resoldre

Durant els darrers vint anys s'han produït nombrosos debats públics, al nostre país i a molts altres, sobre la manera de tractar alguns malalts terminals o persones amb càncer i processos degeneratius irreversibles que demanaven morir per evitar el sofriment o per no haver de viure la fase més degradant de la malaltia. Malalts que patien situacions extremament penoses o els seus familiars han plantejat als tribunals de justícia poder posar fi a una vida que consideraven indigna. Aquests processos han estat objecte d'intensos debats públics i han fet paleses les divergències entre la voluntat dels malalts i les disposicions legals i sanitàries.

Entre els casos més recents destaquen, pel seu valor paradigmàtic, els de Ramón Sampredo,¹ Terri Schiavo,² Anthony Crew,³ Diane Pretty⁴ i Vincent Humbert,⁵ i entre els més antics, els de Karen A. Quinlan⁶ i Nancy Cruzan,⁷ que van propi-

1 Ramon Sampredo Camean, el cas espanyol més conegut per la seva escenificació a la pel·lícula *Mar adentro*, va patir una tetraplegia des de l'any 1963, com a conseqüència d'una secció medul·lar, provocada per un accident; des de llavors es trobava immobilitzat de forma absoluta i permanent de tot el cos, a excepció del cap. Amb el pas dels anys va arribar a la conclusió que en aquestes condicions la seva existència era més una tortura que una vida humana digna; una "bona mort" tenia més sentit que seguir vivint, però la seva dependència total dels altres li impedia el suïcidi. Per aquesta raó va sol·licitar als jutges que autoritzessin el seu metge a assistir-lo, i que l'exoneressin de qualsevol responsabilitat penal, fossin quines fossin les conseqüències. En concret, Sampredo va demanar "que s'autoritzi el meu metge de capçalera que em subministri els medicaments necessaris per evitar el dolor, l'angoixa i l'ansietat que l'estat en què em trobo em produeix, sense que això, en cap cas, pugui ser considerat, des del punt de vista penal, com ajuda al suïcidi, delictes o faltes de cap classe, en assumir per part meua el risc que tal medicació podria comportar i poder així, arribat el cas, morir dignament". El cas va ser presentat davant els jutjats de Barcelona i desestimat en primera i en segona instància, per no correspondre aquesta jurisdicció a la del domicili de l'interessat; el seu tercer intent, davant els jutjats de La Corunya, tampoc no va reeixir. Finalment, amb l'ajuda d'un grup d'amics, va prendre cianur i va morir el 12 de gener de 1998 a Boiro (La Corunya), no lluny del seu domicili habitual a Porto do Son.

2 Terri Schiavo era una ciutadana dels EUA que va estar 15 anys en estat vegetatiu crònic (irreversible). El marit pensava que ella no hauria volgut aquesta situació i va donar el permís per interrompre el suport vital que la mantenia en estat vegetatiu. Però el pares van interposar diferents recursos judicials per evitar-ho i fins i tot el president Bush va presentar i signar una llei perquè no es

podgués retirar el suport. El jutges van donar la raó al marit i a Terri Schiavo, que va morir l'abril de 2005. L'autòpsia va revelar que el cervell pesava 600 grams, en lloc del pes normal que és de 1.400 a 1.600 grams.

- 3 Reginald Crew era un tetraplègic anglès de 74 anys que va anar a Suïssa perquè l'ajudessin a morir (2003). A Suïssa no està despenalitzada l'eutanàsia, però no es penalitza l'ajuda a morir, per motius humanitaris, a una persona que ho demana. L'Associació Dignitas facilita l'atenció que requereixen aquestes persones. Va ser creada el 1998, sense ànim de lucre, i fins l'any 2003 havia ajudat a morir 91 persones, dues tercers parts de les quals eren estrangeres.
- 4 Diane Pretty patia una malaltia degenerativa irreversible que la va deixar paralitzada, amb dolors aguts que s'anaven fent cada vegada més insuportables. Va demanar als tribunals britànics que li concedissin el dret a morir assistida pel seu marit i, davant les successives negatives de totes les instàncies nacionals, va apel·lar al Tribunal dels Drets Humans d'Estrasburg, que també ho va denegar. Finalment, va morir com ella no volia, després de dies de dolor i agonia, l'11 de maig de 2002.
- 5 Vincent Humbert era un jove francès de 22 anys, tetraplègic, mut i quasi cec a causa d'un accident, que, després de viure tres anys en aquesta situació demanant la fi de la seva vida, va morir el 26 de setembre de 2003, ajudat per la seva mare i un metge de l'hospital de Berck-sur-Mer, que li van subministrar un medicament. La Fiscalia va obrir diligències contra el metge per "enverinament amb premeditació" i contra la mare per "administració de substàncies tòxiques amb premeditació a persona vulnerable". El president de la República Francesa va expressar públicament el seu suport a la mare.
- 6 Karen Ann Quinlan va quedar en estat de coma persistent i irreversible l'any 1975, ja major d'edat. El pare va demanar la custòdia al jutge per poder decidir la retirada del suport vital, perquè considerava que no tenia sentit perllongar la situació amb mitjans extraordinaris i fútils. El jutge de Nova Jersey va denegar el permís, adduint que els motius humanitaris no justifiquen l'acció premeditada d'acabar amb la vida d'una persona. L'apel·lació al Tribunal Suprem argumentava, sobre la base del dret a la intimitat, el respecte a les decisions pròpies i la no-intromissió de tercers en qüestions estrictament personals, ja que la malalta havia expressat anteriorment que no voldria viure en condicions semblants. El jutge del Suprem de Nova Jersey va considerar que "hi ha una diferència fonamental, i en aquest cas determinant, entre acabar il·lícitament amb la vida d'una persona i interrompre, per una qüestió d'autodeterminació, els mitjans extraordinaris que la mantenen amb vida". Llavors es va retirar el respirador artificial, però la malalta va viure deu anys més en estat de coma, perquè es va mantenir l'alimentació artificial, atès que es valorava allò com eutanàsia passiva i això com eutanàsia activa (no acceptable des d'un punt de vista moral). La resposta dels experts va indicar les contradiccions de tal plantejament. La resposta dels ciutadans va ser una onada de testaments vitals (el Consell d'Educació sobre l'Eutanàsia va rebre 1.250.000 sol·licituds de testaments vitals). L'any 1980 va tenir lloc la creació de la Federació Mundial de les Associacions del Dret a Morir, formada per 27 grups de 18 països.
- 7 Nancy Cruzan estava en estat vegetatiu persistent i irreversible des de 1983 i el pares pensaven que era absurd i injust seguir en aquesta situació i volien interrompre el suport que la mantenia viva. El 1987 van demanar permís al jutge, amb la justificació que ella s'havia manifestat en contra d'aquests tractaments fútils. El juliol de 1988, el jutge va dictaminar a favor de la petició, però va prosperar una apel·lació, de manera que van tenir lloc diversos judicis, en diferents instàncies, i finalment el jutges van sentenciar que hi ha un dret constitucional a rebutjar els suports vitals en cas que s'arribi a un estat vegetatiu permanent, i van recomanar la introducció en l'àmbit sanitari del document de "directrius anticipades" (o "voluntats anticipades" o "instruccions prèvies"). El desembre de 1990 el jutge va considerar provat que Nancy no hauria volgut seguir vivint en les seves condicions i va autoritzar la interrupció del suport vital.

ciar la primera jurisprudència als EUA en relació amb aquesta problemàtica. Aquests casos, reflex d'una realitat més àmplia, mostren l'evolució que ha experimentat el concepte d'eutanàsia en els darrers anys, ja que si bé alguns d'aquests es van plantejar en un principi sota aquesta denominació, ara està clar que el que es demanava era simplement una limitació de l'esforç terapèutic o el respecte a la voluntat del malalt de no rebre cap tractament. El desplegament jurídic derivat d'aquestes demandes i el procés de reflexió que han provocat en diferents àmbits, incloent-hi l'ètic, han posat de manifest la necessitat d'atendre els problemes humans que es plantegen en determinades situacions especialment greus de malaltia.

La casuística és molt variada i les causes de conflicte molt diverses. A més dels problemes propis de les patologies més habitualment implicades en les sol·licituds d'eutanàsia, intervenen també altres factors com el dolor i la impotència que viuen els pacients i les seves famílies, les diferents conviccions sobre el sentit de la vida i de la mort o la necessitat de respectar els principis d'autonomia i de dignitat de la persona. Tot això es planteja en un moment en què els constants avenços de les tecnologies mèdiques permeten allargar la vida de forma artificial fins a límits insospitats. Els avenços de la medicina poden millorar el benestar de les persones, però també poden perllongar l'agonia i agreujar el patiment dels qui estan afectats per processos neurodegeneratius irreversibles.

En la major part dels països occidentals s'han constituït comissions d'experts per estudiar aquests problemes. Holanda, on l'any 2002 va entrar en vigor una llei que despenalitzava l'eutanàsia i l'ajuda al suïcidi en determinats supòsits, fa ja més de vint anys que va iniciar l'estudi minuciós de la problemàtica que envolta el final de la vida. Abans que s'aprovés la nova llei, els experts van constatar un percentatge important d'eutanàsia encoberta i van considerar que aquesta situació era la pitjor possible. El 1994 es va modificar la Llei de disposició de cadàvers, introduint un canvi en el formulari de la declaració de mort. Això evitava que el metge que havia practicat l'eutanàsia en unes condicions determinades, i així ho declarava, fos perseguit per la justícia.

Pot arribar a existir una gran distància entre la reflexió dels experts i les opinions del carrer. La cultura actual té una relació ambivalent amb la mort: d'una banda, la indústria de l'entreteniment converteix la mort de ficció en quelcom trivial i repetit fins a la saturació, i d'una altra, oculta sistemàticament la mort real i la

considera quelcom indesitjable que ha de ser amagat als infants. L'opinió pública que s'expressa a través dels mitjans de comunicació ha tractat durant molt de temps l'eutanàsia de forma tangencial, sovint expressant recels i pors. Recentment, els casos de Diane Pretty, el juliol de 2002; d'Humbert a França, el setembre de 2003; de Sampedro, en els darrers anys a Espanya; i l'últim any el de Terri Schiavo als Estats Units, han fet emergir amb força la temàtica de l'eutanàsia al debat públic, si bé algunes vegades ha estat objecte d'una certa banalització i un tractament sensacionalista. La societat mediàtica acostuma a articular els debats públics a partir de fets o casos puntuals que esdevenen paradigmàtics. Encara que això facilita la comprensió social de realitats complexes, de vegades és a costa d'una simplificació excessiva dels missatges.

No obstant això, en els darrers temps s'han observat al nostre país canvis substancials en la percepció social de l'eutanàsia. La por d'un patiment insuportable pesa sovint més que la por a la mort, i s'ha anat obrint camí la idea que, en determinades circumstàncies, és legítim plantejar la possibilitat de posar fi a la vida per decisió pròpia. Encara que persisteix la por difusa a les conseqüències d'una possible despenalització, un nombre creixent de veus ha expressat en els darrers temps la conveniència d'abordar la possible regulació legal de l'eutanàsia. L'evolució de l'opinió pública fa pensar que s'ha assolit un grau de conscienciament de la societat propici per abordar un canvi legislatiu. Els professionals de la medicina apareixen en aquest context com un element de garantia, atès el prestigi professional i la consideració social que tenen, per això la seva posició es considera rellevant a l'hora de plantejar-lo.

Per tal que el debat sigui fructífer convé fer-lo en diversos àmbits, amb instruments que permetin objectivar els diferents interessos i demandes involucrats, i amb la participació de grups d'experts que puguin deduir-ne propostes concretes. La possible regulació normativa de l'eutanàsia no s'hauria d'abordar en funció del nombre de persones que podrien sol·licitar-la, previsiblement reduït, sinó en funció de la problemàtica especialment greu que pateixen i en el benentès que aquells altres malalts que, en les mateixes condicions, vulguin continuar vivint han de disposar de tots els recursos sanitaris i socials perquè la seva vida sigui digna.

A Espanya són pocs els estudis sociològics que han aprofundit sobre aquesta problemàtica. Tres enquestes han tractat de copsar l'opinió de la ciutadania sobre

l'eutanàsia: la de l'OCU l'any 2000,⁸ una altra del CIS l'any 2002⁹ i la darrera, sobre la percepció dels joves, feta per la Fundació BBVA¹⁰ l'any 2004. Recentment, també s'ha publicat un extens treball de recerca periodística a *El País* amb el títol "Morir en Espanya".¹¹ L'enquesta del CIS, que és la més completa i la més rigorosa metodològicament, és també la que aporta dades més rellevants, entre les quals destaca que el 59,9% dels metges enquestats estan d'acord amb la despenalització de l'eutanàsia i l'ajuda al suïcidi en determinats supòsits. Cal recordar també que una enquesta feta als metges col·legiats a Barcelona durant l'any 1988 assenyala que el 82,3% dels metges era partidari del desenvolupament d'una llei que regulés l'eutanàsia.¹²

-
- 8 L'enquesta de l'OCU de l'any 2000 assenyala que tres de cada quatre persones enquestades són favorables al fet que sigui legal sol·licitar l'eutanàsia en el cas d'una malaltia dolorosa i en situació propera a la mort. El 65% del col·lectiu mèdic i el 85% del personal d'infermeria reconeixen haver rebut alguna vegada la petició d'algun tipus d'eutanàsia o suïcidi assistit. El 21% dels metges enquestats diu haver participat en algun tipus d'eutanàsia activa o suïcidi assistit. Destaca també que el 50% dels pacients que han mort han rebut cures pal·liatives.
- 9 L'enquesta del CIS de l'any 2002 indica que el 57,6% dels metges ha rebut la petició de suspensió o no-inici de tractament. El 19,5% dels metges ha rebut la demanda d'administració d'una sobredosi de fàrmac per accelerar el final de la vida. El 7,8% dels metges ha rebut la sol·licitud d'una dosi letal de fàrmac per acabar el pacient mateix amb la seva vida. El 21,5% dels metges creu que la llei hauria de permetre l'ajuda al suïcidi en cas d'una malaltia incurable, dolorosa i propera a la mort. El 21,6% dels metges creu que davant de la situació anterior la llei hauria de permetre administrar un tractament que acabés amb la vida de qui ho sol·licita. El 17,3% dels metges creu que la llei hauria de permetre proporcionar una dosi letal a pacients no terminals però amb greus patiments físics i psíquics que ho sol·licitessin, perquè ells mateixos se l'administrassin. El 7% dels metges estarien d'acord a administrar l'eutanàsia en el cas que es tractés de nens. El 84,6% dels metges creu que un bon sistema de cures pal·liatives no resol totes les sol·licituds d'eutanàsia. El 41,5% dels metges creu que ha de canviar la llei per permetre l'ajuda al suïcidi o l'eutanàsia als malalts terminals que ho sol·licitin. El 18,4% dels metges creu que ha de canviar la llei per permetre l'ajuda al suïcidi o l'eutanàsia als malalts no terminals amb greus patiments físics o psíquics que ho sol·licitin.
- 10 A l'estudi de la Fundació BBVA (2004) sobre les percepcions dels joves, tres mil universitaris, dels quals el 45% es declara catòlic, són enquestats sobre vuit qüestions diferents susceptibles de debat moral i l'eutanàsia presenta una valoració de 7,5 (d'una escala que va del 0 [mai es pot justificar] al 10 [sempre és justificable]), per davant de l'avortament (7,0), l'adopció de nens per parelles homosexuals (6,8) o el consum de drogues (4,3).
- 11 *El País* ha publicat un article de recerca i anàlisi sobre com es mor a Espanya, que mostra una àmplia panoràmica de les mancances i necessitats en aquest àmbit (dies 30 i 31 de maig, i 1 de juny, de 2005).
- 12 Enquesta sobre la legalització de l'eutanàsia entre els metges col·legiats a Barcelona, Col·legi Oficial de Metges de Barcelona, 1990: "El desenvolupament d'una llei que reguli la pràctica de l'eutanàsia és una necessitat que manifesten el 82,3% dels metges de l'estudi. Hi ha un 17,2% que es manifesten contra-

1.2. Altres estudis i declaracions d'institucions catalanes

La diversitat de maneres de pensar en la nostra societat plural es manifesta en el debat sobre la disponibilitat de la vida pròpia. Mentre una part de la societat reclama la facultat de poder decidir posar fi a la pròpia vida quan no reuneixi les condicions de dignitat que estima imprescindibles, cosa que vulnera l'article 143.4 del Codi penal, des de determinats àmbits religiosos es defensa que la vida de les persones només depèn de Déu i no hi ha d'haver intervenció humana en la seva fi. Dins del màxim respecte per aquestes conviccions i les conductes que se'n deriven, és important reflexionar si aquests ciutadans tenen dret a reclamar una legislació que obligui tothom a seguir les seves normes de conducta i si l'article 143.4 del Codi penal actual té prou justificació ètica (atès el desenvolupament actual de la medicina i les noves situacions vitals en què poden trobar-se les persones) i prou legitimitat democràtica (ateses les demandes dels ciutadans i la pluralitat de les conviccions morals).

En aquest context, dues institucions catalanes de prestigi, l'Observatori de Bioètica i Dret del Parc Científic de la Universitat de Barcelona, i l'Institut Borja de Bioètica de la Universitat Ramon Llull de Barcelona, han publicat declaracions demanant la despenalització de determinades actuacions en relació amb l'eutanàsia i l'ajuda al suïcidi, sol·licitud que des de ja fa temps, planteja també l'Associació Dret a Morir Dignament (DMD). En el sentit contrari s'ha manifestat la Sociedad Española de Curas Paliativas i l'Associació Catalana d'Estudis Bioètics, que estan decididament en contra d'aquesta possibilitat.

1.3. Límits de l'informe

En aquest informe es defensa la necessitat de desenvolupar les cures pal·liatives i la pràctica de la sedació en l'agonia per aconseguir una medicina més humanitzada, i es considera molt important continuar ampliant l'accés a tots els malalts que ho necessitin. No se'n fa, però, una consideració extensa perquè no és pròpiament

l'objectiu de l'informe i ja es tracta adequadament en altres àmbits. Aquest document se centra en l'estudi de les raons humanes, mèdiques, sociològiques, ètiques i constitucionals que hi ha per acceptar o no una nova orientació i regulació de les línies d'actuació necessàries per a la millora de la situació actual respecte de les peticions d'eutanàsia i d'auxili al suïcidi.

Els autors d'aquest estudi no pretenen ser exhaustius en l'exposició d'aquestes raons, sinó mostrar els aspectes centrals i indefugibles.

2. DEFINICIONS I PRECISIONS TERMINOLÒGIQUES UTILITZADES EN AQUEST INFORME

Per comprendre millor l'abast de les propostes que es formularan, convé definir prèviament les diferents situacions que poden donar-se al voltant de la fi de la vida. Així, en el context d'aquest document, que es basa en el respecte a l'autonomia personal i als drets humans en general, parlarem de:

Bona praxi mèdica: D'acord amb el coneixement científic i pràctic àmpliament consensuat, la bona praxi mèdica ha d'incloure el respecte a la voluntat expressada pel pacient, o qui el representa, i l'acceptació de les limitacions a l'actuació mèdica que aquest decideixi. Aquest respecte implica que un cop esgotats uns nivells d'informació raonables, es respectarà fins i tot el refús d'una pràctica assistencial que pugui comportar un benefici per al malalt o, fins i tot, evitar-li la mort. El principi de no-maleficència inclou també el respecte de la voluntat del pacient.

Cures pal·liatives: Són les cures actives totals destinades a malalts amb processos avançats i incurables, i als seus familiars, amb atenció especial al confort i a la qualitat de vida.¹³ És funció dels metges i de tots els professionals sanitaris alleugerir el dolor i el sofriment dels malalts que estan en una fase terminal. Aquests malalts tenen el dret a rebre assistència de qualitat, suport psicològic i ajut social que contribueixi a humanitzar el procés de la seva mort. Cal assegurar que les persones que fan una sol·licitud d'eutanàsia han rebut la informació i l'oferiment d'aquestes cures pal·liatives.

Decisió informada: El malalt que vulgui posar fi a la seva vida ha de poder disposar en tot moment de la informació que hi ha sobre els seu procés, les diferents alternatives i possibilitats d'actuació, inclosa la d'accedir a cures pal·liatives. És una decisió informada aquella que pren un pacient autònom que sol·licita assistència mèdica per morir bé, i que està fonamentada en el coneixement sobre els fets més rellevants del seu procés, després d'haver estat adequadament informat pel metge que l'atén i pels altres que puguin intervenir.

13 Definició de cures pal·liatives de l'OMS: ASCO Special article. *Cancer care during the last phase of life*. Clin Oncol 1998; 16: 1986-96.

Dignitat: Valor incondicional de tot ésser humà. És el valor d'allò que no té preu, d'allò que ni tan sols té un valor quantificable i és objecte de respecte. Allò que té preu pot ser substituït per una cosa equivalent; en canvi, allò que està per sobre de tot preu, que no admet res equivalent, té dignitat.

Eutanàsia: Terme provinent del terme grec *Eu-Thanatos* (bona mort), fa referència a aquelles accions realitzades per altres persones, a petició expressa i reiterada d'un pacient que pateix un sofriment físic o psíquic com a conseqüència d'una malaltia incurable i que ell viu com a inacceptable, indigna i com un mal, per tal de causar-li la mort de manera ràpida, eficaç i indolora. Aquestes accions es fan, doncs, en atenció a la persona i d'acord amb la seva voluntat –requisit imprescindible per distingir l'eutanàsia de l'homicidi– amb la finalitat de posar fi o evitar un patiment insuportable. A l'eutanàsia hi ha un vincle causal directe i immediat entre l'acció realitzada i la mort del pacient. Des de la introducció del consentiment informat no podem parlar més de la mal anomenada "eutanàsia passiva". És obvi que la no-instauració d'un tractament, la seva suspensió i l'eutanàsia sempre han de ser sol·licitats.

Futilitat del tractament: Es parla de futilitat del tractament, quan una mesura terapèutica no aporta cap benefici al pacient o bé pot produir, al mateix malalt o a la seva família, perjudicis superiors o desproporcionats en relació amb el possible benefici.

Homicidi per compassió: Es produeix quan algú provoca la mort d'un pacient sense que hi hagi hagut una petició expressa d'aquest i sense conèixer, per tant, la seva voluntat, però actuant per compassió o pietat davant d'una situació de patiment molt gran, amb la intenció de procurar-li un bé.

Limitació de l'esforç terapèutic (LET): La limitació de l'esforç terapèutic suposa acceptar la irreversibilitat d'una malaltia i la conveniència d'abandonar els tractaments que tinguin per finalitat perllongar la vida, mantenint només les teràpies necessàries per garantir al màxim el benestar del malalt.

Malaltia irreversible: És aquella afectació greu o potencialment greu que amb els coneixements mèdics disponibles no es pot curar.

Malaltia terminal: És una malaltia incurable, en estat avançat, que en un període curt de temps, mesurable en pocs mesos, progressarà cap a la mort.

No-inici o retirada de tractaments de suport vital: Forma part de la LET i consisteix a no iniciar o retirar tractaments com la ventilació mecànica, la reanimació cardiopulmonar, la diàlisi, la nutrició artificial (enteral i parenteral) o la hidratació (en situacions d'inconsciència), quan es produeix una complicació aguda al final d'una malaltia incurable. L'objectiu és facilitar l'evolució de la malaltia cap a la mort sense prolongar inútilment l'agonia amb tractaments invasius.

Objecció de consciència: És el dret individual a no atendre aquelles demandes d'actuació que resulten incompatibles amb les conviccions morals pròpies.

Obstinació terapèutica: Més habitualment conegut com "aferrissament terapèutic", és la instauració o continuació de mesures mèdiques que no tenen cap altre sentit que la de perllongar la vida del pacient quan aquest està abocat a la mort de manera irreversible.

Patiment insofrible: Pot ser físic o psíquic, i és aquell sofriment de tractament difícil que no té perspectiva de millora.

Pendent rellescós: És un argument utilitzat freqüentment pels qui s'oposen a la possibilitat de despenalitzar l'eutanàsia sol·licitada i el suïcidi assistit. Fa referència al risc de no poder prevenir la utilització de l'eutanàsia en situacions que podrien ser abordades amb altres alternatives o fer-la extensiva a situacions en què no seria pertinent. Per exemple:

- Casos no previstos a la llei.
- Casos d'interpretació massa laxa dels criteris d'aplicació de la llei.
- Situacions de pressió ambiental en què el pacient es veuria abocat a adoptar una opció que no té clara.
- Es podria arribar, fins i tot, a un canvi de paradigma, passant de ser una forma excepcional d'acabar la vida a convertir-se en forma habitual de "teràpia terminal".

Principi d'autonomia: S'entén per autonomia la capacitat per escollir lliurement, entre diferents concepcions, la manera com volem viure. L'exercici d'aquesta autonomia, que dóna un sentit únic i genuí a la nostra vida, inclou la manera com volem que sigui el final. Per tant, quan es nega la possibilitat de decidir sobre el final de la nostra vida, es priva d'autonomia.

Rebuig del tractament: És el dret reconegut legalment pel qual una persona que pateix una malaltia expressa, de manera verbal o per escrit, la seva voluntat de no acceptar una determinada actuació mèdica.

Sedació terminal: És l'administració de fàrmacs per aconseguir l'alleujament, impossible d'obtenir amb altres mesures, d'un patiment físic i/o psicològic, mitjançant la disminució suficientment profunda i previsiblement irreversible de la consciència, en un pacient en què la mort es preveu molt pròxima i amb un consentiment implícit, explícit o delegat.

Suïcidi assistit o auxili al suïcidi: És l'acció d'una persona que pateix una malaltia irreversible per acabar amb la seva vida i que compta amb l'ajuda d'algú altre que li proporciona els coneixements i els mitjans per fer-ho. Quan la persona que ajuda és el propi metge, parlem de suïcidi mèdicament assistit.

Voluntats anticipades: Són l'expressió dels desigs, prioritats o decisions d'una persona formulats de forma anticipada en previsió que arribi un moment que, la situació d'incapacitat en què es trobi no li permeti manifestar-los. Es tracta d'una forma de poder continuar exercint el dret a ser respectat amb els valors propis, assegurant que aquest respecte es mantindrà quan es presenti una situació de més vulnerabilitat. L'atorgament es pot fer mitjançant un document, tal com preveu la Llei 21/2000 del Parlament de Catalunya.

3. ARGUMENTS FILOSÒFICS SOBRE L'EUTANÀSIA I EL SUÏCIDI ASSISTIT

Les concepcions sobre la vida, la mort i les formes de morir han estat diverses al llarg de la història en les diferents cultures i tradicions que constitueixen el llegat de la humanitat. Actualment, encara són vigents moltes d'aquestes tradicions i configuren formes de pensar i sensibilitats heterogènies. Algunes consideracions històriques poden ajudar a entendre la pluralitat de punts de vista contemporanis. Avui conviuen principis i valors que tenen justificacions, projeccions i conseqüències diferents, i convé saber les raons que hi ha al darrere de cada presa de posició.

Les referències escrites a una “bona mort” es troben ja en el segle V a. de C. en autors grecs. El poeta Posidip, cap a l'any 288 a. de C., escriu: “De tot allò que l'home desitja obtenir, no desitja res millor que una mort dolça”. Naturalment, cal diferenciar el tema de “la bona mort” de la qüestió del suïcidi. Mentre que es pot afirmar una aspiració generalitzada del primer en el món clàssic grec, no es pot dir el mateix del suïcidi. Aristòtil, per exemple, el considera com un crim contra “la ciutat”, és a dir, contra la comunitat; el suïcida no demostra coratge, sinó covardia i desesperació, i fa mal a la societat.

Els estoics, i tota la tradició estoica al llarg dels segles, defensen que la vida s'ha de viure amb lucidesa i dignitat i, quan això manca, és millor sortir del teatre de la vida. Així, Sèneca escriu a Lucili: “El savi ha de viure tant com degui, no tant com pugui”. “El millor que ha ordenat la llei eterna és que ens proporciona una sola forma d'entrar a la vida, però moltes d'abandonar-la. He d'esperar la crueltat de la malaltia o de l'home, quan puc escapar de la por de la tortura i alliberar-me de tots els meus problemes? Aquesta és l'única raó per la qual no hem de lamentar la vida: no subjecta ningú contra la seva voluntat.”

El món cristià s'enfronta als estoics i reclama la subjecció a la voluntat divina. L'ésser humà és una criatura de Déu i no pot prendre decisions contra el disseny diví ni contra les lleis de la natura. En canvi, admet el sacrifici voluntari de la vida per testimoniar la fe (màrtirs) o en les guerres justes, o per salvar altres persones.

L'ensenyament de Sant Agustí¹⁴ i Sant Tomàs,¹⁵ com la de molts altres grans autors cristians, és clar en aquesta línia.

El Renaixement aporta una nova sensibilitat a partir del redescobriment del món clàssic. L'humanisme renaixentista és desenvolupat per autors cristians que hi veuen una font de renovació i aprofundiment espiritual. En els segles XVI i XVII hi ha grans personalitats morals que adopten posicions innovadores. El primer cas és el de Tomàs Moro, qui en la seva *Utopia* (1516) escriu:

“Com ja vaig dir, [els utòpics] cuiden amb més afecte els malalts i no s'omet res que pugui contribuir a guarir-los, aliments o medecines. Als que pateixen algun mal incurable els consolen fent-los companyia i conver-

14 Sant Agustí, a *La ciutat de Déu*, Llibre I, 20, escriu: “[...] veiem que en cap dels llibres sants i canònics es diu que Déu ens mani o permeti que ens donem la mort a nosaltres mateixos, ni àdhuc per aconseguir la immortalitat, ni per excusar-nos o alliberar-nos de qualsevol calamitat o desventura”. Llibre I, 21: “[...] no violen aquest precepte, “no mataràs”, els qui per ordre de Déu van declarar guerres o representant la potestat pública i obrant segons l'imperi de la justícia van castigar els facinerosos i perversos llevant-los la vida. Per aquesta causa, Abraham, estant resolt a sacrificar el fill únic que tenia, no solament no va ser notat de crueltat, sinó que va ser enaltit i lloat per la seva pietat envers Déu, ja que encara que, complint el mandat diví, va determinar llevar la vida a Isaac, no va fer aquesta acció per executar un fet pecaminós, sinó per obeir els preceptes de Déu [...]”. Llibre I, 22: “Tots els qui s'han donat mort voluntària podran ser, per ventura, dignes d'admiració per la seva grandesa d'ànim, però no lloats per assenyats i savis; encara que si amb exactitud consultéssim la raó (mòbil de les nostres accions), advertiríem que no ha de dir-se grandesa d'ànim quan un, no podent sofrir algunes adversitats o pecats d'uns altres, es mata a si mateix, perquè en aquest cas mostra més clarament la seva debilitat [...]”.

15 Sant Tomàs, a la *Summa Theologica*, part II-II, q 64, a5 (Madrid: BAC, 1990, p. 533 i s.), escriu: “És absolutament il·lícit suïcidar-se, per tres raons: primera, perquè tot ésser s'estima naturalment a si mateix, i a això es deu que tot ésser es conservi naturalment en l'existència i resisteixi, tant com sigui capaç, el que podria destruir-lo. Per aquest motiu, que algú es doni mort va contra la inclinació natural i contra la caritat per la qual un ha d'estimar-se; per aquest motiu suïcidar-se és sempre pecat mortal perquè va contra la llei natural i contra la caritat. Segona, perquè cada part, com a tal, pertany al tot; i un home qualsevol és part de la comunitat, i, per tant, tot el que ell és pertany a la societat. Per això qui se suïcida fa injúria a la comunitat, com es posa de manifest al filòsof a *V Ethic* [Es refereix a l'*Ètica* d'Aristòtil]. Tercera, perquè la vida és un do diví donat a l'home i subjecte a la seva divina potestat, que dona la mort i la vida. I, per tant, qui es priva de la vida peca contra Déu, com el que mata un serf aliè peca contra el senyor de qui és serf; o com peca el que s'atorga la facultat de jutjar una cosa que no li està encomanada, ja que només a Déu pertany el judici de la mort i de la vida, segons el text de Dt. 32,39: *Jo llevaré la vida i jo faré viure*. [...] Ni és lícit a la dona matar-se per no ser violada, ja que no ha de cometre un crim major, que és el suïcidi, per evitar un delictes menor aliè; perquè la dona violada per força no peca si no dona el seu consentiment, perquè *el cos no es taca sinó pel consentiment de l'ànima*, com va dir Santa Llúcia.”

sant amb ells, i proporcionant-los tot el que condueixi a alleujar tant com es pugui el seu mal.

Si el mal no és solament incurable, sinó que afligeix el malalt amb sofriments incessants, els sacerdots i els magistrats exhorten el pacient que, ja que no pot fer res de profit a la vida i és una molèstia per als altres i per a si mateix, pel fet que sobrevisqui a la seva mort, no ha d'alimentar més temps la pesta i la infecció.

Atès que la vida és un turment per a ell, que no refusi morir, ple d'esperança de desfer-se d'una vida acerba com la presó i d'un suplici, o permeti de bon grat que altres l'alliberin. Amb la mort no posarà fi a res dolent sinó solament al seu turment. I com aquest és el consell dels sacerdots, intèrprets de la voluntat de Déu, fer-ho així serà obra pietosa i santa. Els qui són persuadits es deixen morir voluntàriament d'inanició o se'ls allibera de la vida durant el son sense que se n'adonin. Aquesta fi no s'imposa a ningú i no es deixa de tenir cura dels qui refusen fer-ho, però honora els qui així deixen la vida. Si algú es mata sense causa considerada vàlida pels sacerdots i el Senat, no és considerat digne de la terra ni del foc. El seu cos, privat de sepultura, és llençat a un pantà." (Madrid: Espasa Calpe, 2001, p. 134-135)

Un altre autor, Francis Bacon, critica amb duresa els mètodes de recerca del coneixement tradicionals i proposa un canvi radical a partir del mètode experimental, que ha de suprimir els prejudicis i els supòsits implícits a qualsevol afirmació sobre la realitat. En aquest context, comenta la situació de les diferents professions i es fixa en la dels metges. Considera que la medicina tradicional és inhumana i reclama dels metges que no solament s'ocupin de recuperar la salut sinó que també procurin alleujar el sofriment. En la seva obra de 1605, *The Advancement of Learning*, afirma:

"Incloc en l'ofici de metge no solament la recuperació de la salut sinó també mitigar el patiment i els dolors; i no solament quan aquest alleugeriment pot dur a la recuperació, sinó també quan pot servir per donar sortida feliç i fàcil." (Oxford: Clarendon Press, 1974, p. 110)

En el segle XVIII, David Hume formula, de manera clara i precisa, un raonament contra la idea que la mort voluntària sigui una transgressió greu contra Déu o contra el proïsme o contra nosaltres mateixos. La seva crítica als arguments tradicio-

nals contraris al suïcidi es troba en els *Assaigs sobre el suïcidi i la immortalitat de l'ànima*, publicats a França l'any 1770 i a Anglaterra el 1777. El text comença:

“Tractem de restituir a l'home la seva llibertat original examinant tots els arguments comuns contra el suïcidi i mostrant que aquesta acció pot estar lliure de tota imputació de culpa o culpabilitat, d'acord amb els sentiments de tots els filòsofs antics.”¹⁶

16 David Hume. De los prejuicios morales y otros ensayos. Madrid: Tecnos, 1998, p. 53 i s.:

“Tractem de restituir a l'home la seva llibertat original examinant tots els arguments comuns contra el suïcidi i mostrant que aquesta acció pot estar lliure de tota imputació de culpa o culpabilitat, d'acord amb els sentiments de tots els filòsofs antics.

Si el suïcidi fos criminal, ha de ser una transgressió del nostre deure tant davant de Déu com davant del proïsme o davant de nosaltres mateixos.

Per provar que el suïcidi no és una transgressió del nostre deure cap a Déu, poden ser potser suficients les consideracions següents. Per governar el món material, el creador totpoderós ha establert lleis generals i immutables per les quals tots els cossos, des del planeta més gran a la partícula més petita de matèria, es mantenen en la seva esfera o funció pròpia. Per governar el món animal ha dotat totes les criatures vives amb poders corporals i mentals; amb sentits, passions, apetits, memòria i judici pels quals són impulsats, regits en el curs de la vida a la qual estan destinats. Aquests dos principis diferents del món material i animal contínuament s'envaeixen l'un a l'altre, i mútuament retarden o fan avançar les seves operacions. Els poders dels homes i de tots els altres animals estan restringits i dirigits per la naturalesa i les qualitats dels cossos que els envolten, i les modificacions i accions d'aquests cossos són incessantment alterades per l'operació de tots els animals. L'home és detingut al seu pas per rius que solquen la superfície de la terra; no obstant això, els rius, quan són correctament canalitzats, presten la seva força al moviment de les màquines, que serveixen a l'ús de l'home. Però, encara que les regions dels poders materials i animals no es poden mantenir del tot separades, cap discòrdia o desordre en la creació resulta d'aquí; al contrari, de la barreja, unió i contrast de tots els poders variats dels cossos inanimats i les criatures vives sorgeixen aquesta harmonia i proporció sorprenents que propicien l'argument més segur de la suprema saviesa.

La providència de la deïtat no es mostra immediatament en cap operació, sinó que governa cada cosa en pro d'aquestes lleis generals i immutables que han estat establertes des del principi dels temps. Tots els esdeveniments, en un sentit, poden ser declarats com a accions del totpoderós; tots procedeixen d'aquests poders amb els quals ha dotat les seves criatures. Una casa que cau pel seu propi pes no és duta a la ruïna per la providència més que una altra destruïda per la mà de l'home, ni són les facultats humanes menys importants en la seva construcció que les lleis del moviment i la gravitació. Quan les passions actuen, quan el judici dicta, quan els membres obeeixen, això és tota operació de Déu, i sobre tals principis animats, així com sobre els inanimats, ha establert el govern de l'univers.

[...] Quin és el significat, llavors, d'aquest principi segons el qual un home que, cansat de la vida, i perseguit pel dolor i la pena, valentament se sobreposa a tots els terrors naturals de la mort i s'escapa d'aquest cruel escenari; segons el qual, dic, tal home hauria provocat la indignació del seu creador en envair el domini de la divina providència i pertorbar l'ordre de l'univers?

Kant no està d'acord amb els arguments de Hume i judica el suïcidi com un mal moral de primer ordre perquè transgredeix el deure necessari cap a un mateix.¹⁷

Hem d'afirmar que el totpoderós s'ha reservat per a ell, d'una manera peculiar, disposar de les vides dels homes, i no ha subordinat aquest fet, comú com uns altres, a les lleis generals per les quals l'univers es governa? Això és clarament fals. Les vides dels homes depenen de les mateixes lleis que les vides de tots els altres animals, i aquestes estan subjectes a les lleis generals de la matèria i el moviment. La caiguda d'una torre o una infusió de verí destruiran un home de la mateixa manera que la criatura més miserable. Una inundació arrasa tot el que, sense distinció, és a l'abast de la seva fúria. Ja que, per tant, les vides dels homes són sempre dependents de les lleis generals de la matèria i del moviment, és criminal que un home disposi de la seva vida perquè en tot cas és criminal envair aquestes lleis o posar obstacles a les seves operacions? Però això sembla absurd.

Tots els animals són confiats a la seva pròpia prudència i habilitat per a la seva conducta en el món, i tenen completa autoritat, tan lluny com el seu poder s'estengui, per alterar totes les operacions de la naturalesa. Sense l'exercici d'aquesta autoritat, no podrien subsistir ni un moment. Tota acció, tot moviment d'un home canvia l'ordre d'alguna part de la matèria i desvia del seu curs ordinari les lleis generals del moviment. Per tant, posant juntes aquestes conclusions, trobem *que* la vida humana depèn de les lleis generals de la matèria, i del moviment, i *que* no representa una invasió del domini de la providència pertorbar o alterar aquestes lleis generals. No té cadascú, en conseqüència, la lliure disposició de la seva vida? I no pot emprar legítimament aquest poder amb el qual la naturalesa l'ha dotat?

[...]

Si el fet de disposar de la vida humana estigués reservat al domini particular del totpoderós, de tal manera que fos una invasió del seu dret el fet que els homes disposessin de les seves vides pròpies, seria tan igualment criminal actuar per la conservació de la vida com per la seva destrucció. Si desvio una pedra que està caient sobre el meu cap, pertorbo el curs de la naturalesa i envaeixo el domini particular del totpoderós en perllongar la meua vida més enllà del temps que les lleis generals de la matèria i el moviment li havien assignat. [...]

Un home que es retira de la vida no danya la societat. Solament cessa de fer el bé, la qual cosa si fos un dany, és del tipus més lleu.

[...]

Que el suïcidi pot de vegades ser consistent amb l'interès i amb el nostre deure envers nosaltres mateixos, no ho pot qüestionar qui admeti que l'edat, la malaltia o la desgràcia poden convertir la vida en una càrrega i fer-la pitjor fins i tot que l'anihilació. Crec que mai ningú no va menysprear la vida mentre mereixia la pena mantenir-la. Perquè és tal el nostre horror natural a la mort que petits motius mai ens faran capaços de reconciliar-nos amb ella. I, encara que potser la situació de la salut o la fortuna d'un home no sembli necessitar aquest remei, almenys podem estar segurs que qualsevol que, sense raó aparent, hagi recorregut a ell, estava marcat amb tal incurable depravació o amb tal caràcter malenconiós com per enverinar tota alegria i tornar-lo tan desgraciat com si hagués estat carregat amb la més dolorosa dissort."

[També hi ha una altra versió en espanyol: D. Hume. Del suicidio y otros ensayos. Madrid: Alianza, 1988.]

17 I. Kant. Fundamentación de la metafísica de las costumbres (1785). Trad. de José Mardomingo. Barcelona: Ariel, 1996, p. 189: "[...] segons el concepte de deure necessari cap a si mateix, qui està

El gran estudi empíric i sistemàtic sobre el suïcidi no va arribar fins al final del segle XIX, gràcies a E. Durkheim. En la seva obra *Sobre el suïcidi* (1897), defineix aquest “com tota mort que resulta, mediata o immediatament, d’un acte, positiu o negatiu, realitzat per la víctima mateixa”.¹⁸

donant voltes a la idea del suïcidi es preguntarà si la seva acció pot compadir-se amb la idea de la humanitat com una finalitat en si mateixa. Si, per escapar a un estat penós, es destrueix a si mateix, se serveix d’una persona merament com un mitjà per a la conservació d’un estat suportable fins a la fi de la vida. Però l’home no és una cosa, i per tant no és quelcom que pugui ser usat merament com a mitjà, sinó que ha de ser considerat sempre en totes les nostres accions com a finalitat en si mateixa. Així, doncs, no puc disposar de l’home en la meua persona per mutilar-lo, corrompre’l o matar-lo. (He d’esbiaixar la determinació més precisa d’aquest principi que eviti tot malentès, per exemple de l’amputació dels membres per conservar-me, o del perill a què exposo la meua vida per conservar-la, etc; aquesta determinació pertany a la moral pròpiament dita.)”

18 E. Durkheim. *Sobre el suicidio* (1897). Madrid: Akal, 1982, p. 2-3:

“Entre les diverses espècies de mort n’hi ha algunes que presenten el tret particular que són obra de la víctima mateixa, que resulten d’un acte l’autor del qual és el pacient; és cert, per altra banda, que aquest mateix caràcter es troba en la base sobre la qual es fonamenta comunament la idea del suïcidi. Poc importa, d’altra banda, la naturalesa intrínseca dels actes que produeixen aquest resultat. Encara que per regla general ens representem el suïcidi com una acció positiva i violenta que implica cert ús de força muscular, pot passar que una actitud purament negativa o una simple abstenció produeixin idèntica conseqüència. Un es mata igualment refusant alimentar-se, que destruint-se pel ferro o pel foc, i no és tampoc necessari que l’acte produït pel pacient hagi estat l’antecedent immediat de la mort, perquè aquesta pugui ser considerada com efecte seu; la relació de causalitat pot ser indirecta, sense que el fenomen canviï per això de naturalesa. L’iconoclasta que, per conquerir el palmell del martiri, comet un crim de lesa majestat, la gravetat del qual coneix, i que sap que el farà morir a les mans del botxí, és l’autor de la seva fi, tant com si s’hagués donat ell mateix el cop mortal. Per aquesta raó, no hi ha motiu per classificar en grups diferents aquestes dues varietats de morts voluntàries, ja que no hi ha més diferència entre elles que els detalls materials de l’execució. Així arribem a una primera fórmula: s’anomena suïcidi a tota mort que resulta, mediata o immediatament, d’un acte, positiu o negatiu, realitzat per la víctima mateixa.”

4. LA DIGNITAT HUMANA COM A FONAMENT DE L'EUTANÀSIA

Des de la modernitat, i especialment des de la Il·lustració, els conceptes de dignitat humana i d'autonomia de la persona s'han anat constituint com a fonament de les decisions ètiques sobre la vida i la mort.

Entre d'altres raons, avui l'eutanàsia és objecte de debat públic per l'autonomia creixent que ha anat adquirint l'individu en les societats liberals. La dignitat de la vida es vincula a la capacitat d'autogovernar-se fins al punt de poder determinar la manera i el moment de morir. No poder decidir la mort d'acord amb les conviccions pròpies equival a renunciar a un aspecte important de la dignitat humana.

L'eutanàsia, en el sentit més literal de la paraula –bona mort–, és una manera de vincular el procés de morir amb el valor més específic de l'ésser humà, que és la dignitat. Despenalitzar l'eutanàsia seria per a molts una manera de reconèixer jurídicament la dignitat de la persona vinculada a l'autonomia, entesa com la capacitat d'autolegislar-se i com el dret de cadascú de ser tractat com un fi i no solament com un mitjà (Kant). Des del Renaixement (Pico della Mirandola), la dignitat ha estat considerada com la superioritat de l'ésser humà sobre els altres éssers vius, superioritat que rau en la capacitat de “modelar-se un mateix”, és a dir, dotar de sentit l'existència pròpia, decidir com viure i, per extensió, com morir.

No tothom accepta que la dignitat de la vida humana requereix poder determinar com morir. Al llarg de la història, i sota la influència de les religions i les accepcions transcendentals de la vida, els homes s'han atribuït valor o dignitat per causa de la seva filiació divina o altres. En aquest cas, la dignitat no deriva del sentit que cadascú construeix lliurement, sinó que està mediatitzada per un ésser superior i creador o per elements transcendentals. Com a conseqüència, el procés de morir és vist com un procés natural que ha de mantenir-se independent de la voluntat humana.

En aquests moments, en la nostra societat, conflueixen les dues idees esmentades de dignitat humana: la que considera la vida i la mort dependents de Déu i com un procés natural que la persona no ha d'interrompre; i la que entén que la dignitat de la condició humana ha d'incloure l'autonomia davant la mort, quan la

persona considera que la vida humana ha deixat de ser-ho perquè ja no té sentit. Són dues concepcions de la dignitat portadores de valors, igualment respectables i àmpliament difoses en la societat, que donen lloc a dues actituds davant de l'eutanàsia, difícilment reconciliables.

Les societats liberals i laiques es caracteritzen per no interferir en les creences de les persones. En un estat social de dret, cal distingir entre les condicions de la justícia i el que s'anomena la vida bona. Els principis de la justícia obliguen tothom a través de l'ordenament jurídic, mentre que la recerca del bé de cadascú és una opció lliure que ha de quedar al marge de les intervencions de l'Estat. Si la pràctica de l'eutanàsia es manté penalitzada, a algunes persones se'ls priva de la possibilitat d'escollir el que consideren el seu bé, mentre que es protegeixen les creences del sector que no considera moralment legítima la disponibilitat de la vida pròpia.

Disposar de la vida o de la mort és, en principi, una decisió privada. Ara bé, l'eutanàsia es planteja perquè la persona greument malalta que decideix deixar de viure demana ajuda per fer-ho. La protecció de l'interès de llibertat d'aquests pacients, doncs, exigeix un suport públic que autoritzi la pràctica en qüestió. És de justícia que la dignitat o la llibertat de decidir com morir sigui considerada un bé que cal garantir públicament. Atès que hi ha diferents concepcions de la dignitat, la despenalització de l'eutanàsia és la manera de donar pas a totes les opcions (sense obligar ningú) i reconèixer que tothom té dret a dur a terme les decisions més íntimes i personals relacionades amb la seva noció de dignitat i d'autonomia personal.

Tanmateix, és simplista la concepció de la dignitat humana només com la capacitat d'escollir o de decidir com morir. En la reclamació del "dret a morir dignament", cal fer èmfasi en la paraula "dignament". Es tracta de defensar la integritat moral i física de la persona, la qual es fa més vulnerable en el procés de morir, quan l'individu corre el perill de deteriorar-se físicament i psíquicament i de perdre el control sobre si mateix. En la sentència que va autoritzar la mort de Karen Quinlan, el fonament no va ser la voluntat dels pares, atès que la pacient no estava en condicions de decidir, sinó l'argument de preservar la persona i la seva voluntat expressada anteriorment d'una "invasió moral" que amenaçava la integritat de la pacient i afectava dolorosament els seus pares.

A diferència dels altres éssers vius, l'home "sap que mor" (Pascal), té consciència de la seva mort i del que això significa per a la seva vida. El respecte a la seva dignitat és un dret que cada individu té des del naixement per la seva condició d'ésser racional; el caràcter subjectiu de la dignitat, les formes concretes de comprensió de la dignitat pròpia es construeixen a partir de la història personal. La consciència subjectiva de la dignitat rau en el pensament, que és l'especificitat humana, encara que es perdi de manera temporal o permanent la consciència i el coneixement que el possibilita. Si està en la mà de cadascú dissenyar com viure i perfeccionar-se, deixar de viure forma part també de l'ideal de perfecció. És la idea de la mort que arriba "en el temps degut", la mort en concordança amb la manera de ser de cadascú, la "mort pròpia" (Rilke).

No cal ocultar que la concepció de la dignitat i la integritat personal té un component subjectiu ineludible. No tothom veurà de la mateixa manera com preservar la seva dignitat davant la mort. No tothom reacciona igual davant les adversitats. Atès que hi ha un component subjectiu i un perill de mal ús, l'autorització de l'eutanàsia, entesa com ajuda a morir, requereix d'unes condicions mínimament objectivables per garantir una pràctica correcta. L'Estat no pot negar la llibertat reclamada pel pacient, fins i tot ha de garantir-la. Però el pacient ha de demostrar que la decisió de morir es pren de manera competent, racional, informada, persistent i no coaccionada. La responsabilitat davant la decisió de morir és igualment una obligació envers la dignitat.

En la resolució de la qüestió de l'eutanàsia cal conjugar dos interessos que de vegades s'han presentat com a contraposats:

- a) la voluntat de la persona de prendre decisions lliures i coherents amb les seves conviccions sobre el valor de la vida;
- b) l'obligació constitucional de protegir la vida de les persones en situació vulnerable.

La millor manera de fer convergir aquests interessos i fer-los totalment compatibles no és només despenalitzant l'ajuda al suïcidi i posant a l'abast dels ciutadans les condicions per poder disposar de la vida pròpia, sinó també assegurar les condicions necessàries per respectar la dignitat de les persones al llarg de tota la seva vida. Dit d'una altra manera, cal assegurar un equilibri entre els drets fonamentals a la vida, a la dignitat i a la llibertat, per tal de fer-los compatibles.

5. PRINCIPIS I DRETS FONAMENTALS

5.1. El dret a la vida

Un dels pocs principis morals universalment reconeguts és el que estableix el respecte a la vida humana, i del qual es deriven el dret a la vida i diferents deures, com ara la promoció i protecció de la vida i de la salut, la no-maleficència i el desenvolupament de les condicions físiques, psíquiques, socials i legals coherents amb aquests deures.

La vida de cada ésser humà té un valor en si mateixa i un valor simbòlic per la seva pertinença a la humanitat, una comunitat d'individus que es caracteritzen per la capacitat i la necessitat de comunicació i de construcció de símbols, els quals configuren la seva forma de ser, no de manera abstracta i superficial sinó substantiva, perquè són interioritzats mitjançant llenguatges, experiències, sentiments, ritus, creences, etc., i constitueixen la personalitat singular de cadascú. La vida de cada persona està feta de fenòmens biològics, neurofisiològics i mentals, en un procés d'experiències històriques que configuren una manera de ser, de sentir i de pensar. Quan es parla dels deures derivats del principi del respecte a la vida s'ha de tenir en compte aquesta especificitat de l'ésser humà i les seves necessitats de reconeixement i d'esperança.

És per això que la Constitució espanyola de 1978, quan comença a parlar dels drets i deures fonamentals es refereix primer (article 10) a la dignitat de la persona i després al dret a la vida en la seva dimensió física i moral (integradora dels diversos aspectes que constitueixen la seva personalitat). A l'article 15 especifica que "tots tenen dret a la vida i a la integritat física i moral, sense que, en cap cas, puguin ser sotmesos a tortura ni a penes o tractes inhumans o degradants". A més del respecte a la integritat física, cal subratllar el respecte a la integritat moral, és a dir, a la seva existència com a persona concreta, amb conviccions, interessos i objectius de vida, encara que no coincideixin amb els majoritaris o siguin fins i tot oposats a aquests.

El respecte a la integritat moral implica no menystenir les persones per les seves idees i creences, religioses o no, així com reconèixer l'especial significació de la seva

existència singular, més enllà de les formes de vida que adopti. Aquest respecte a la integritat moral materialitza el principi de respecte a la dignitat de la persona, que és inseparable del principi de respecte a la vida humana i de la seva capacitat específica d'actuar de forma lliure i autònoma. Per això, la Constitució introdueix a continuació (article 16) el dret a la "llibertat ideològica, religiosa i de culte dels individus i de les comunitats sense més limitació en les seves manifestacions que la necessària per al manteniment de l'ordre públic protegit per la llei".¹⁹

5.2. El principi de dignitat de la persona

L'article 10.1 de la Constitució espanyola estableix la dignitat de la persona com a fonament de l'ordre polític i de la pau social. "La dignitat de la persona, els drets inviolables que li són inherents, el lliure desenvolupament de la personalitat, el respecte a la llei i als drets dels altres són fonament de l'ordre polític i de la pau social."

Entre els pensadors que han tractat de forma sistemàtica el sentit i les implicacions ètiques i jurídiques de la dignitat humana destaquen Kant i C.S. Nino per la claredat de les seves posicions.

Kant defineix la dignitat humana de la manera següent: "En l'àmbit de les finalitats tot té o un *preu* o una *dignitat*. En el lloc d'allò que té *preu* es pot posar una

19 Sobre la terminologia aquí emprada: els principis morals universals fonamenten els drets; els drets fonamentals han assolit concrecions històriques en les declaracions de drets humans de 1789 (Declaració de l'home i del ciutadà) i 1948 (Nacions Unides), i les constitucions dels estats democràtics de dret que reconeixen els drets humans. Els drets constitucionals espanyols són els drets fonamentals definits en la Constitució espanyola de 1978.

La Declaració de les Nacions Unides estableix en un mateix article (3) que "tot individu té dret a la vida, a la llibertat i a la seguretat de la seva persona", fent palesa la relació estreta d'aquests drets. L'article 12 especifica més: "Ningú no serà objecte d'ingerències arbitràries en la seva vida privada, la seva família, el seu domicili o la seva correspondència, ni d'atacs al seu honor o a la seva reputació. Tot persona té dret a la protecció de la llei contra aquestes ingerències o atacs".

Hi ha diverses formulacions de principis morals universals i les definicions varien segons els autors. Carlos Santiago Nino, un dels millors investigadors de la relació entre moral i dret, parteix de tres principis morals ("de la combinació dels quals deriven el drets humans fonamentals"): principi d'autonomia, principi d'invulnerabilitat i principi de dignitat; la vida és el pressupòsit d'existència del subjecte moral. (Carlos Santiago Nino. *Ética y derechos humanos. Un ensayo de fundamentación*. Barcelona: Ariel, 1989.)

altra cosa com a *equivalent*; en canvi, allò que es troba per sobre de tot preu i, per tant, no admet res equivalent, té una *dignitat*. Allò que es refereix a les inclinacions universals i necessitats humanes té un *preu de mercat*; allò que, també sense pressuposar necessitats, és conforme a cert gust, és a dir, a una complaença en el pur joc, sense cap finalitat, de les nostres facultats anímiques, té un *preu afectiu*; però allò que constitueix la condició única sota la qual quelcom pot ser fi en si mateix no té merament un valor relatiu, o sigui, un preu, sinó un valor interior, això és, *dignitat*.²⁰

Per al nostre contemporani C.S. Nino, el principi de dignitat de la persona prescriu que els homes han de ser tractats segons les seves decisions, intencions o manifestacions de consentiment.²¹ La nostra dignitat com a persones és menystinguda no solament quan les nostres decisions són assimilades, per exemple, a malalties, sinó també quan passa això amb les nostres creences i les opinions que les expressen. Quan algú considera unes o altres com a objecte de tractament i no les posa al mateix nivell que les seves creences pròpies i decisions, per les quals adopta aquesta actitud cap a nosaltres, sentim que no ens tracta com a iguals en negar-nos l'estatus moral que ens distingeix a ell i a nosaltres de les altres coses que poblen el món.²²

En conseqüència, tot i que la dignitat és un valor intrínsec a la vida humana com a tal, la percepció que cadascú té de la seva dignitat pròpia pot variar al llarg de la vida i de les diferents situacions en què es troba cada persona. És possible també que unes condicions aparentment similars provoquin reaccions diverses en les persones que les pateixen, les quals poden veure més o menys afectada la dignitat de la seva vida personal fins al punt de trobar-la insuportable. El dret fonamental a la dignitat és inalienable i implica no solament l'acceptació de la percepció subjectiva de cadascú, sinó l'obligació per part dels altres de reconèixer i respectar els diferents punts de vista. D'aquesta manera, la dignitat apareix com una expressió de la llibertat individual per la qual, en un moment determinat, una persona pot decidir deixar de viure perquè entén que viu en unes condicions indignes. Al mateix temps, és imprescindible que la decisió d'aquesta persona

20 I. Kant. Fundamentación de la metafísica de las costumbres. Barcelona: Ariel, 1996: 199-201.

21 Carlos Santiago Nino. Ética y derechos humanos. Un ensayo de fundamentación. Barcelona: Ariel, 1989: 287.

22 C.S. Nino, *op. cit.*: 289.

sobre la seva dignitat sigui respectada pels altres fins i tot en el cas que la jutgin incompreensible.

Aquesta concepció de la dignitat permet fer l'enllaç entre el dret a la vida i el principi d'autonomia o el dret de cada persona a decidir lliurement fins a disposar de la seva vida. És quan la persona decideix que la seva vida deixa de tenir la dignitat que mereix qualsevol vida humana, i que, per tal de ser coherent amb el dret a la dignitat, decideix lliurement deixar de viure. En aquest cas, no es nega el valor de la vida, sinó d'aquesta vida viscuda en circumstàncies que la fan inhumana i contradictòria.

5.3. El principi d'autonomia. Disponibilitat de la vida pròpia

Hi ha una noció d'autonomia que es defineix positivament com la capacitat d'autogovern, d'autogestió de la vida pròpia (capacitat de pensament, autoreflexió, concreció d'objectius i mitjans, presa de decisions, etc.); i una altra definició en sentit negatiu com el dret que té tota persona que altres individus o institucions no interfereixin en les seves decisions i actuacions (sempre que no faci mal a tercers).

Encara que els referents moderns ineludibles són Kant i John Stuart Mill, convé recordar que el concepte de llibertat dels grecs antics s'associava al concepte de persona reconeguda com a ciutadà amb plens drets i completa capacitat d'actuar en tots els àmbits de la vida (contràriament al que passava amb les dones, els nens i els esclaus, que depenien del senyor de la casa, perquè no tenien aquest reconeixement). La concepció moderna de llibertat universalitza aquests drets perquè es basa en un concepte de persona amb atributs universals, fonamentat en consideracions naturals ("l'home –en sentit genèric– és per naturalesa lliure i igual"), antropològiques i formals (universalitat de la capacitat de pensar, d'autolegislar-se, d'establir pactes socials i desenvolupar la cooperació), gràcies al solc obert per les idees cristianes de la igualtat de tots els éssers humans.

El dret fonamental a la llibertat pren força política i reconeixement legal a partir del segle XVIII. La Constitució espanyola el garanteix a l'article 17: "Tota persona té dret a la llibertat i a la seguretat. Ningú no pot ser privat de la seva llibertat [...]."

La discussió en el nostre context se centra en la qüestió de si hi ha un dret fonamental a la disponibilitat de la vida pròpia sense límits o, dit d'una altra manera, si aquesta disponibilitat pot anar més enllà de la tria de les diferents formes de vida i ha d'incloure el temps de la mort i la forma de morir. S'han donat respostes diferents segons les diverses concepcions de la vida i de la mort, com s'ha mostrat en paràgrafs anteriors. Generalment, el dret ha adoptat posicions paternalistes, i ha prohibit la disposició lliure del temps i la forma de morir per part dels subjectes mateixos (no d'altres agents socials, com passa en la pena de mort, els actes de servei, les immolacions per una causa, etc.).

Si es tenen en compte els principis morals fonamentals en la seva relació interna, no es pot separar el respecte a la dimensió física i moral de la persona del conjunt de creences que configuren la seva consciència subjectiva de dignitat, així com de les decisions que se'n deriven i que la persona ha de poder adoptar de forma autònoma. Des d'aquesta perspectiva, les institucions socials no poden prohibir les concepcions de dignitat que impliquen prendre decisions sobre el temps i la forma de morir.

Els límits dels drets derivats d'aquests principis han de justificar-se, i no viceversa. Els dubtes sobre la competència d'una persona, la possibilitat de ser dependent d'altres voluntats, la vulnerabilitat de les persones en molts sentits i en diverses circumstàncies, aconsellen ser especialment curosos en l'atenció als malalts i a les persones que demanen ajuda per morir i, certament, s'han d'establir precaucions i garanties.

5.4. Què significa "mort digna"?

Malgrat la intensitat dels canvis i de les transformacions (les identitats personals no són estàtiques), la vida de les persones requereix una certa coherència que arriba fins al moment de la mort. Morir dignament implica poder acabar la vida d'acord amb aquest fil de coherència que ha lligat el cos, el pensament, la memòria, les creences i el fer de cada dia amb la gent de l'entorn. La singularitat de la dignitat i la voluntat de cadascú ha de ser reconeguda especialment en el procés de morir.

En aquest procés, la persona necessita un acompanyament respectuós i amical que l'ajudi de manera efectiva a actuar segons el seu sentit de dignitat. L'esperança de

poder comptar amb un suport així conforta i permet esperar la fi de la vida amb un sentiment de pau. És aquest un desig abastament expressat; en el llibre dels autors cristians Hans Küng i Walter Jens, *Morir con dignidad. Un alegato a favor de la responsabilidad*, podem llegir:

“Milions d’homes i dones, com Hans Küng i jo mateix, s’ocuparien amb més tranquil·litat dels seus quefers si sabessin que arribat el moment comptarien amb un metge al seu costat. No dic un especialista; un metge de capçalera com el doctor Max Schur, un dels éssers més admirables d’aquest segle, que no va dubtar a administrar al seu amic Sigmund Freud la dosi mortal de morfina. Bé és veritat que només després de moltes operacions sofertes amb un coratge sense igual i de molts sofriments suportats amb plena consciència, el malalt posat a la seva cura va recordar al seu metge de capçalera el 21 de setembre de 1939 el pacte que havien fet Freud i Schur quan es va manifestar per primera vegada el carcinoma que destruïa la paret mitgera entre boca i nas: «Recordarà, estimat Schur, aquella primera conversa nostra. Llavors em va prometre que no em deixaria a l’estacada quan arribés el moment. Això és ja pura tortura i no té cap sentit».

Si confiéssim que cadascun de nosaltres comptaria amb dones com Gertrude Postma i homes com Timothy Quill o Max Schur, metges que, quan es lleven les bates blanques, a última hora de la tarda parlen amb persones, no amb pacients, els deixen participar en els seus plans, responen a la pregunta “què faria vostè en la meva situació, digui-m’ho honradament?” i al final consulten amb el metge de capçalera, el qual coneix bé el malalt que mor i pot apreciar el que avui o demà serà suportable per a ell i per als seus familiars, perquè el malalt desitja que el recordin com un ésser humà personal i autònom, no com un ésser despullat de tota dignitat, desfigurat i destruït, la lamentable imatge del qual faci oblidar el que va ser... viuríem menys preocupats amb la certesa: també tu comptaràs amb una Gertrude Postma, que caritativament va lliurar la seva mare de sofriments insuportables; també tu pots fer un pacte amb un home tan humà i ple de coratge com Max Schur.

Es viuria certament millor amb aquesta certesa. La fe infantil que un mateix és immortal, ancorada en l’inconscient profund, perdria poder. Per

contra, el pensament que la dignitat dels éssers humans està constituïda pel fet de ser finits i poder morir podria ser el lema de la nostra societat, juntament amb l'afirmació que «tot home té dret a no sofrir».²³

La dignitat humana ha de ser especialment reconeguda en les formes d'entendre i de viure el fet de la seva finitud i la seva vulnerabilitat, així com en la lluita contra el sofriment innecessari.

23 Hans Küng i Walter Jens. Morir con dignidad. Un alegato a favor de la responsabilidad. Madrid: Trotta, 1997: 82-83.

6. LA VOLUNTAT DEL PACIENT D'ESCOLLIR LLIUREMENT I L'OBLIGACIÓ CONSTITUCIONAL DE PROTEGIR LES PERSONES

En una cultura democràtica que es vol fonamentar en la Declaració Universal dels Drets Humans, la igualtat, la dignitat i la llibertat són les bigues mestres que sostenen tot el conjunt. Una societat de ciutadans iguals i lliures no pot deixar de ser plural i oberta, de tal manera que els drets individuals bàsics han de ser sempre reconeguts i mereixedors de tot el respecte. Les idees i ideologies vàries, per consegüent, mai poden imposar-se a les persones. Cal distingir entre aquells valors o principis universalitzables i que han de formar part d'una moral mínima acceptable per a tothom, de les maneres d'entendre i interpretar aquests mateixos valors, que poden ser diferents i singulars. El valor de la vida és universalitzable, però no té un sentit absolut ni una sola interpretació, la qual depèn de circumstàncies particulars i subjectives. Tot i acceptant que la vida i la salut són valors fonamentals, hem de respectar al mateix temps el fet que no tothom els consideri sempre com a valors prioritaris. Una cosa és proclamar i promoure el dret de tots a la salut i a la vida, i una cosa ben diferent seria que es volguessin imposar aquests drets. Els drets provenen de la igualtat i no es podem imposar, solament es poden garantir i sancionar aquells que intentin impedir-ne l'exercici.

De la consideració i defensa de la igualtat en autonomia i dignitat se'n deriva l'acceptació que qualsevol persona pugui fer de la seva vida allò que consideri el més convenient mentre no perjudiqui els altres. Solament reconsiderarem l'afirmació anterior quan es tracti de persones que no tinguin tot l'enteniment o l'hagin perdut de manera temporal o definitiva, i aquesta precaució prové, justament, de la determinació que ningú no es pugui aprofitar de ningú o vulgui imposar les conviccions i creences pròpies. La societat democràtica ha de posar els instruments per evitar que aquells que són dèbils o estan debilitats puguin ser manipulats i siguin utilitzats per atendre els interessos d'altres persones.

S'és lliure quan hi ha enteniment suficient i la voluntat no està malmesa per la necessitat. En aquestes circumstàncies s'entén que s'està en condicions de decidir sobre la vida pròpia sense que ningú ho pugui impedir. És per això que el suïcidi està despenalitzat en una societat d'iguals i lliures.

7. L'EXPRESSIONÓ DE LA VOLUNTAT

Les dues formes per regular l'expressió de la voluntat en l'àmbit sanitari són el consentiment informat i les voluntats anticipades.

7.1. El consentiment informat

El consentiment que ha de donar tot pacient perquè es pugui intervenir mèdicament després de rebre una informació completa i adequada del seu estat clínic ha esdevingut una pràctica general en la nostra societat. La Llei General de Sanitat de l'any 1986 ja sancionava aquest dret inalienable que avui regula la Llei bàsica 41/2002, de 14 de novembre, sobre l'autonomia del pacient i sobre drets i obligacions en matèria d'informació i documentació clínica i la llei del Parlament de Catalunya 21/2000, de 29 de desembre, sobre els drets d'informació concernents a la salut i a l'autonomia del pacient, i a la documentació clínica.

Tota persona competent té el dret de rebutjar qualsevol tractament mèdic encara que la vida pròpia estigui en perill. Aquest dret, que considerem fonamental, comporta haver d'acceptar que un pacient en una situació de malaltia terminal decideixi que ha de suspendre's tota medicació que el pugui mantenir viu, de forma que la decisió de morir ha de respectar-se. Així, en una situació com la descrita, el metge solament pot intervenir per evitar el dolor i el sofriment del malalt, i ha d'abstenir-se de prescriure cap actuació que prolongui la vida.

El dret de consentir o de no fer-ho està esdevenint un element d'una gran força en la relació clínica, perquè el respecte a la decisió de governar-se i ser lliure quan s'és competent no es pot contradir en nom de les idees. Això és el que passa en la pràctica clínica quan el metge ha d'obeir la determinació d'un pacient competent que no se li faci una transfusió de sang. El pacient pot denegar el permís en nom d'una determinada constel·lació ideològica, religiosa en aquest cas, o sense donar cap mena d'explicacions perquè el dret a consentir o no consentir no comporta que s'hagin de donar explicacions. Per consegüent, el pacient pot refusar tota mena de tractament encara que d'aquest comportament se'n derivi la pèrdua de la vida, i és per això que des de la introducció del consentiment informat no podem parlar més de la mal anomenada "eutanàsia passiva". És obvi que l'eutanàsia sempre ha de ser sol·licitada.

7.2. El malalt en situació d'incompetència

Es considera que una persona es troba en una situació d'incompetència davant d'un problema quan no és capaç de comprendre'l bé ni d'adoptar davant d'ell una decisió coherent amb els seus valors i interessos propis. La competència clínica s'anomena també "capacitat de fet" i inclou comprendre la informació, poder raonar i enraonar, calibrar el que està en joc i responsabilitzar-se de les conseqüències. Com més complicada sigui la decisió que s'ha de prendre i més greus en siguin les conseqüències, més necessària és la manifestació de la competència. Un incapaç legal pot ser competent per a moltes decisions clíniques que li pertocquen, i una persona adulta i aparentment conscient pot estar en situació d'incompetència, esporàdica o permanent, a causa de diversos factors.

El que ens ocupa en aquest informe comporta decisions greus i, per tant, el criteri de competència pot ser sovint estricte i exigent. És clar que hi ha situacions clarament terminals i intractables que s'acompanyen d'un sofriment tan evident que no cal molta indagació per atendre la demanda d'ajuda a morir. Però, en altres, la demanda pot semblar més irracional intel·lectualment i emocionalment, i aleshores pot ser pertinent una investigació més acurada sobre el grau de competència del malalt. A la crítica que en aquests darrers casos l'autonomia del pacient es pot veure disminuïda, o si més no posada en dubte, s'ha de contestar que també és una obligació detectar aquestes situacions per tal d'ajudar a recuperar la competència i evitar errors irreversibles.

En cas d'incompetència, les decisions s'han de prendre per representació. Però el document de voluntats anticipades (DVA) ens pot procurar una orientació més o menys nítida dels valors i voluntats que s'han de respectar, de les directrius que cal seguir, o bé del representant nomenat a qui informar i amb qui decidir actuacions o inhibicions concretes.

7.3. Les voluntats anticipades

Si ens prenem seriosament el respecte a la voluntat del malalt, evidentment hem de tenir en compte les voluntats anticipades manifestades de forma clara i en previsió d'una situació d'incompetència futura. Així, les voluntats anticipades, encara que verbals, són una previsió que cal considerar en les decisions que s'hauran

d'adoptar amb els malalts que hi han confiat. Però resulta útil que, quan es manifestin, quedin consignades en un document de manera fefaent, i en la història clínica, per tal d'evitar interpretacions equívokes i donar més seguretat al procés.

Precisament, la Llei 41/2002, de 14 de novembre, bàsica reguladora de l'autonomia del pacient i de drets i obligacions en matèria d'informació i documentació clínica, i la Llei 21/2000, de 29 de desembre, sobre els drets d'informació concernents a la salut i l'autonomia del pacient, i la documentació clínica, del Parlament de Catalunya, garanteixen el dret a formular i a seguir *una voluntat amb anticipació* que estigui plasmada en un document, fet que ja recomanava l'article 9 del Conveni per a la protecció dels drets humans i la dignitat de l'ésser humà en relació amb les aplicacions de la biologia i la medicina del Consell d'Europa, aprovat a Oviedo el 4 d'abril de 1997.

És clar que la voluntat anticipada no pot obligar a actuacions contràries a la llei, però sí que obliga a respectar la no-instauració d'alguns tractaments o a aturar-los si han estat iniciats. És el que pot ocórrer en casos de demència: una persona pot establir i exigir que es respecti la voluntat de no acceptar medicaments, ni nutrició enteral o parenteral, fins i tot de no acceptar tractament antibiòtic en cas d'infecció, quan la demència estigui avançada. És recomanable que aquest tipus de previsió es faci amb l'ajuda del metge, o que es renovi amb ell quan ja es coneix la malaltia que probablement serà la causa de la mort, per estar al màxim d'adaptada a la realitat.

Però, cal dir que, en el cas que s'arribés a la despenalització de l'eutanàsia, i per tant ja no es tractés d'una conducta contrària a la llei, la demanda d'eutanàsia en un document de voluntats anticipades seria vàlida i hauria d'estar-hi prevista.

8. ASPECTES LEGALS

8.1. Reflexions a la llum de la Constitució espanyola

Quan s'analitzen les diferents sentències que s'han produït a l'Estat espanyol en relació amb la disponibilitat de la vida pròpia, sembla que hi ha un raonament comú a reconèixer, cada cop més, cert dret a l'autonomia personal, però sempre s'acaba imposant l'argument del pendent relliscós per no permetre el suïcidi assistit o per limitar exercir fins al final aquesta autonomia. De vegades, l'Estat ha adoptat uns plantejaments discutibles, i s'ha atribuït un paper de tutela activa, quan els actes de disposició sorgien en un context de relacions jurídiques anomenades de subjecció especial. Aquest és el cas resolt pel Tribunal Constitucional amb motiu dels recursos promoguts pels presos del GRAPO en vaga de fam. S'ha argumentat que la despenalització pot provocar un pendent relliscós; no obstant això, aquesta argumentació no està fonamentada en fets ni en dades contrastades.

Els diversos pronunciaments del Tribunal Constitucional en matèria d'autonomia personal (si bé és cert que no tenen en compte el valor en el qual se sustenta aquesta autonomia personal i, en canvi, poden servir com a argument de pes per a aquells que declaren, apriorísticament, qualsevol iniciativa despenalitzadora de l'eutanàsia com a inconstitucional) no poden convertir-se en un obstacle insuperable. No han d'impedir, en primer lloc, obrir el debat moral, ètic i cívic, polític i jurídic, que propugnem, ni que el legislador democràtic pugui obrir la via d'una regulació justificada, a partir de la idea de dignitat, de comportaments eutanàsics en el marc del sistema sanitari per a malalts que sofreixen i que són plenament competents en el moment de manifestar la seva voluntat d'escurçar la seva vida. I això per la dimensió fundacional de la Constitució i per la funció que la jurisprudència constitucional compleix, com a *longa manu* del seu desenvolupament.

El caràcter fonamental de la norma suprema no implica, per exigències democràtiques elementals, una configuració estàtica del sistema jurídic. Com de manera convincent exposa Dworkin, la Constitució utilitza conceptes que serveixen perquè compleixi la doble funció, prescriptiva i comunicativa, que li correspon, però no identifica, de manera tancada i excloent concepcions originalistes, que impedeixin tota forma de desenvolupament o *aggiornamiento* del model. En paraules de

Zagrebelsky, ja no és des de la Constitució des d'on es pot mirar la realitat, sinó que és des de la realitat des d'on cal mirar la Constitució. Aquesta no té la funció d'establir directament un projecte determinat de vida en comú, sinó la de permetre'n les condicions de "possibilitat". La Constitució pluralista ha de deixar un espai a la política constitucional. Són els agents del poder (Parlament, grups socials, partits polítics, opinió pública) els comissionats per la Constitució per activar les concepcions vigents en un moment social i polític determinat, amb l'objectiu essencial, entre d'altres, que no es converteixi en un instrument tirànic i antidemocràtic que pugui arribar a comprometre el desenvolupament.

Precisament, el més propi i característic de les formulacions constitucionals pluralistes i obertes resideix en la seva elasticitat, en la seva capacitat autotransformadora i supletòria per a la recerca de noves solucions, a partir de la projecció dels valors en els quals es basa. Aquests no poden ser altres que els valors de justícia, igualtat, llibertat i pluralisme polític, efectivament viscuts per la comunitat en un sentit integratiu ampli. Valors que són els que, finalment, fonamenten la legitimitat de la Constitució.

Una constitució pluralista, per essència, no pot tancar la porta al debat sobre els valors, a l'actualització de l'abast de la llibertat, de l'autonomia, a les exigències de nous objectius de dignificació, de progrés, a l'exercici efectiu dels drets i les llibertats públiques. La Constitució no pot donar l'esquena a la societat de la qual rep, d'alguna manera, els seus propis continguts. La Constitució no pot servir de trinxera o de baluard d'aquells que, des d'una concepció reductora del pluralisme, limiten l'esfera d'allò que es pot decidir a allò que coincideix amb ideologies que es presenten formalment com majoritàries. La indeterminació prescriptiva de la Constitució fa que una part essencial del seu contingut es presenti indeterminat, sota clàusules de textura oberta; però això lluny de constituir un defecte, és la precondició essencial per desenvolupar les funcions per a les quals va ser aprovada en un moment històric determinat i per una societat determinada.

La Constitució no pot oferir solucions tancades i immutables, ja que deixaria de complir la funció essencial a la qual serveix, que és possibilitar la convivència de tots els ciutadans com a iguals morals i l'efectivitat dels seus drets.

La interacció de societat, valors i constitució és el fet que permet el seu desenvolupament, i és també el que explica l'evolució pròpia de la jurisprudència constitucional en tantes matèries. Canvis que no són contradiccions, sinó transforma-

cions exigides pel caràcter dinàmic dels conflictes i per les necessitats consegüents d'extreure solucions del text constitucional, a partir de la seva lectura plural, integradora i oberta.

Estem convençuts que el Tribunal Constitucional, avui, potser no decidiria el que va dictaminar en les sentències 120/90 i 121/90 o, almenys, ho justificaria de manera molt diferent, reconeixent el dret a l'autonomia que no va saber reconèixer o donar en aquell moment.

Un debat social, des dels valors constitucionals, obert, deliberatiu, seriós, discursiu, plural, fundat, sobre les necessitats de reconèixer espai justificatiu en l'ordenament jurídic a la possibilitat de disposar de la pròpia vida en determinades circumstàncies, constitueix un instrument decisiu de participació en el desenvolupament constitucional que difícilment pot ser defugit, en consideració a decisions interpretatives adoptades en moments històrics o temporals llunyans.

Les experiències constitucionals comparades permeten observar com els tribunals encarregats de la interpretació de la Constitució han ampliat l'espai dels drets reconeguts, de forma contradictòriament diacrònica, i n'han possibilitat l'enriquiment. L'experiència nord-americana és especialment valuosa. Mentre l'any 1987 el Tribunal Suprem va mantenir viva la legislació racista sota la fórmula "d'iguals però separats", l'any 1954, en el "cas Brown", va afirmar la incompatibilitat de les polítiques segregacionistes, basades en la seva doctrina anterior, amb les exigències derivades de l'esmena 14, fet que va provocar una de les revolucions jurídiques i cíviques més transformadores de la societat americana. De la mateixa manera, mentre l'any 1986 es va afirmar la comptabilitat constitucional de les regles penalitzadores de l'homosexualitat a l'Estat de Geòrgia, l'any 2003 la resolució del "cas Lawrence contra Texas" es va separar radicalment d'aquell precedent i va proclamar que el càstig de les pràctiques homosexuals en l'espai de privacitat descoïnxia de forma nuclear les exigències derivades de les esmenes 4 i 14.

La Constitució viu, essencialment, de la interpretació, i aquesta, a la vegada, de la necessitat de donar respostes a qüestions plantejades per la societat en l'exercici dels seus drets civils de participació.

8.2. La legislació a Espanya

Tant l'eutanàsia com l'ajuda al suïcidi estan penalitzades a Espanya a l'article 143 del Codi penal, en un capítol dedicat a l'homicidi i les seves diferents formes.

"Article 143:

1. Aquell que indueixi un altre al suïcidi serà castigat amb la pena de presó de quatre a vuit anys.
2. S'imposarà la pena de presó de dos a cinc anys a aquell que cooperi amb actes necessaris al suïcidi d'una persona.
3. Serà castigat amb la pena de presó de sis a deu anys si la cooperació arribés al punt d'executar la mort.
4. Aquell que causés o cooperés activament amb actes necessaris i directes a la mort d'un altre, per la petició expressa, seriosa i inequívoca d'aquest, en el cas que la víctima patís una malaltia greu que el conduís necessàriament a la mort, o que li produís greus patiments permanents i difícils de suportar, serà castigat amb la pena inferior en un o dos graus a les assenyalades en els números 2 i 3 d'aquest article."

Malgrat que no es refereix explícitament al terme "eutanàsia", aquest tipus de conducta, així com l'auxili al suïcidi en el context de malaltia i patiment insuportable, estarien específicament regulats en l'art. 143.4. Cal dir, però, que a diferència del Codi penal anterior, el legislador democràtic va reconèixer l'existència d'un conflicte i, en el cas de l'homicidi per compassió, va establir una resposta punitiva més lleu que el text anterior, on es castigava amb penes de fins a 20 anys de presó.

Tot i així, entenem que hi ha certes i constitucionalment possibles opcions ponderatives, entre les quals no es pot descartar aquella que representaria excloure de l'àmbit penal les conductes eutanàsiques que puguin ser valorades com una resposta raonable i controlable davant una petició seriosa formulada per una persona competent, que pateix de forma intensa i que planteja aquesta demanda en el marc d'un projecte de dignitat de vida que passa precisament per escurçar el seu procés biològic vital. Per tant, una possible despenalització ben regulada de l'eutanàsia i del suïcidi assistit podria perfectament enquadrar-se en l'ordenament constitucional vigent.

8.3. La situació en altres països

Holanda

Holanda va aprovar l'any 2001 la Llei de comprovació de la finalització de la vida a petició pròpia i de l'auxili al suïcidi, que va entrar en vigor l'1 d'abril de 2002. La Llei considera eutanàsia tota intervenció directa i eficaç del metge per causar la mort del pacient que pateix una malaltia irreversible o que es troba en fase terminal i amb patiment insuportable, a petició expressa d'aquest. En l'article 2 de la Llei s'estableixen una sèrie de "requisits de diligència" que, si es compleixen, no fan punible la pràctica de l'eutanàsia. Són els següents:

- Que la persona objecte de l'eutanàsia o auxili al suïcidi sigui resident a Holanda.
- Que el metge estigui convençut que la petició és voluntària, està ben meditada i expressa els desigs del malalt, és a dir, que és plenament capaç i s'ha reiterat en la seva voluntat. Aquesta pot haver estat manifestada en un document de voluntats anticipades.
- Que es constati un patiment insuportable i sense esperances de millora.
- Que s'hagi informat el pacient de la seva situació i de les perspectives de futur.
- Que s'hagi consultat un altre facultatiu i que aquest hagi corroborat el compliment dels requisits. En cas de sofriment psicològic s'han de consultar dos metges. Els metges consultors han de veure el malalt i elaborar un informe per escrit sobre la situació.
- Que la realització de l'eutanàsia o auxili al suïcidi es faci amb la màxima cura i professionalitat.

S'exclou del concepte d'eutanàsia:

- La conducta activa per causar la mort de malalts comatosos i nadons, ja que no poden expressar la seva voluntat de morir.
- L'administració d'una medicació analgèsica per evitar o mitigar el patiment, malgrat que aquesta acceleri la mort.
- La supressió o el no-inici de tractaments que no tenen una finalitat terapèutica sinó només pal·liativa.

Sempre que s'acompleixin els requisits anteriors, el metge podrà atendre la petició de morir en:

- Majors de 18 anys plenament conscients o que hagin expressat voluntats anticipades.
- Menors entre 16 i 18 anys plenament conscients o amb voluntats anticipades si els pares o tutors han participat en el procés de decisió.
- Menors entre 12 i 16 anys, amb maduresa suficient, si els pares o tutors estan d'acord amb la decisió del menor.

L'article 20 de la Llei estableix com es modifica el Codi penal holandès:

Art. 293: Qui disposi de la vida d'altri, responent a una petició seriosa i explícita d'aquest, serà castigat amb pena de presó de fins a dotze anys i multa.

No serà punible si l'acció l'ha dut a terme un metge complint els requisits de l'art. 2 de la Llei de comprovació de la finalització de la vida a petició pròpia i de l'auxili al suïcidi, i això ho ha comunicat al forense municipal.

Art. 294: Aquell que intencionadament indueixi un altre al suïcidi, li presti auxili o li faciliti els mitjans necessaris per fer-ho, si el suïcidi es consuma, serà castigat amb pena de presó fins a tres anys i multa.

No serà castigat si l'ajuda és prestada per un metge complint els requisits de l'article 2 de la Llei de comprovació de la finalització de la vida a petició pròpia i de l'auxili al suïcidi.

També modifica la Llei de disposició de cadàvers en l'article 7, quan diu:

Si la mort d'una persona s'ha produït per l'aplicació de tècniques destinades a l'acabament de la vida a petició pròpia o a l'auxili al suïcidi, el metge no expedirà certificat de defunció sinó que informará immediatament el forense municipal i li enviarà informes sobre el compliment dels requisits de la Llei de comprovació de la finalització de la vida a petició pròpia i de l'auxili al suïcidi.

El metge forense –si es donen els requisits– ho comunicarà a la Comissió regional de comprovació. Si no hi ha compliment dels requisits ho comunicarà al ministeri fiscal, per a l'aplicació del Codi penal, si s'escau.

Aquesta Comissió regional, tal com estableix l'article 3 de la Llei de comprovació de la finalització de la vida a petició pròpia i de l'auxili al suïcidi, està integrada almenys per un jurista, un metge i un expert en ètica, nomenats pels ministres de Sanitat i de Justícia per un període de sis anys. Les funcions d'aquesta Comissió són:

- Valorar el compliment dels requisits en cada cas que s'ha fet l'eutanàsia o s'ha ajudat al suïcidi.
- Demanar informació complementària al metge.
- Emetre, en un termini de sis setmanes, un dictamen aprovat per majoria simple dels membres de la comissió que estan obligats a votar. Aquest dictamen es traslladarà al metge i simultàniament al fiscal en cas d'incompliment dels requisits.

La Comissió porta un registre de casos i informa anualment els ministeris de Justícia i Sanitat.

Així doncs, a Holanda es mantenen l'eutanàsia i l'auxili al suïcidi penalitzats com a crim llevat dels casos en què es compleixin els requisits que s'han establert legalment per poder practicar-los. Per tant, quan el metge practiqui l'eutanàsia o l'auxili al suïcidi amb tots els requisits establerts, no serà perseguit per la justícia. Qualsevol altra conducta que tingui per resultat la mort del pacient per actuació mèdica a petició d'aquest, però sense complir la resta dels requisits marcats, serà castigada penalment.

Recentment s'ha reobert el debat de l'eutanàsia a Holanda, a fi d'abastar o fer possible la seva aplicació a nadons o nens per sota de l'edat establerta quan es produeixin situacions de greu patiment i concorri la petició expressa dels pares o responsables legals. La proposta és objecte d'estudi i s'ha elaborat un primer esborrany de norma en aquesta línia.

Bèlgica

Bèlgica va aprovar el 28 de maig de 2002 una Llei relativa a l'eutanàsia que va entrar en vigor el 20 de setembre del mateix any. En aquest cas, a diferència de la legislació holandesa, de la de l'estat d'Oregon i de la de Suïssa, es despenalitzava

L'eutanàsia però no s'esmenta el suïcidi assistit. La raó d'aquest fet és que, a diferència d'Holanda o molts altres països europeus en què els codis penals castiguen l'auxili al suïcidi amb caràcter general, el Codi penal belga no el castiga, i per aquest motiu no es va incloure en la llei despenalitzadora. Una conducta no típicament ni punible no cal que sigui recollida en una despenalització.

Això voldria dir que l'actuació d'una persona que presta auxili al suïcidi en un context eutanàsic (patiment insuportable, malaltia irreversible o terminal i decisió pròpia), no podria ser castigada per la justícia.

Els requisits que la llei belga estableix per a l'eutanàsia són:

- Que el pacient sigui major d'edat o menor emancipat, capaç i conscient de la seva petició.
- Que la petició sigui voluntària, reflexionada i reiterada sense pressions exteriors; pot haver-la manifestat en un document de voluntats anticipades que tingui una vigència inferior a cinc anys. La possibilitat de sol·licitar l'eutanàsia mitjançant un document de voluntats anticipades està regulada per un decret de 2 d'abril de 2003.
- Que hi hagi patiment físic o psíquic constant i insuperable ocasionat per una condició patològica greu i incurable.

El metge ha de:

- Informar el pacient sobre l'existència de cures paliatives.
- Reiterar el diàleg en els terminis de temps raonables.
- Consultar un altre metge independent que ha de visitar el pacient i redactar un informe que estigui d'acord o en desacord amb la primera valoració.
- Recopilar informació de l'equip cuidador si és que existeix.
- Procurar que el malalt consulti amb altres persones del seu entorn.
- Deixar passar un mes entre la petició i la realització de l'eutanàsia.

Després de practicada l'eutanàsia, el metge té quatre dies per enviar a la Comissió Federal de Control i d'Avaluació (CFCE) la documentació completa que estableix la Llei.

Aquesta Comissió Federal de Control i d'Avaluació (CFCE) està formada per vuit metges –quatre dels quals han de ser professors universitaris–, quatre professors universitaris de dret i quatre persones que provenen de l'entorn de pacients que pateixen malalties incurables.

El primer informe de la CFCE recull 259 casos d'eutanàsia des del 23 de setembre de 2002 fins al 31 de desembre de 2003, és a dir, 17 casos de mitjana per mes, i en cap d'aquests hi va haver revisió per incompliment dels requisits legalment establerts. Més del 80% dels casos es van produir a Flandes, on viu el 60% de la població, i el 20% a Valònia, on viu el 40%. Els 259 casos van ser declarats per 143 metges diferents. Durant l'any 2004 s'han declarat 347 casos, és a dir, 29 casos per mes.

A Bèlgica, paral·lelament a l'aprovació de la Llei relativa a l'eutanàsia es va introduir la legislació sobre cures paliatives que estableix que tots els belgues han de tenir accés a aquest tipus d'assistència en condicions adequades. En l'informe de la CFCE s'assenyala que en 101 casos dels 259 declarats es van fer consultes als equips de cures paliatives.

Suïssa

A Suïssa l'eutanàsia continua penalitzada, però no així l'auxili al suïcidi, encara que a diferència d'Holanda i Oregon no necessàriament ha de comptar amb l'assistència del metge. Aquesta només s'exigirà en el cas en què sigui necessària per assegurar el correcte control de la prescripció, i no perquè es consideri que l'ajuda al suïcidi sigui una funció de la medicina.

En tot cas, un requisit ineludible de l'auxili al suïcidi a Suïssa és que darrere de l'actuació de qui ajuda no hi hagi cap motivació egoista ni de tipus personal o econòmic. Si això s'arribés a acreditar, el responsable seria perseguit penalment, d'acord amb l'article 115 del seu Codi penal.

Suïssa compta amb tres organitzacions voluntàries que donen suport a les persones que sol·liciten l'ajuda al suïcidi: EXIT, que actua en els cantons de parla germanica i italiana; AMD, en els cantons francesos; i DIGNITAS, per a les persones estrangeres que van a Suïssa per rebre ajuda al suïcidi.

EXIT ha passat d'assistir 30 casos l'any 1993 a un centenar actualment; DIGNITAS va declarar tres casos el 2000, 37 el 2001, 52 el 2002 i 91 el 2003.

La situació a la resta d'Europa

A Europa, fora dels casos esmentats, l'eutanàsia i l'assistència al suïcidi continuen penalitzats amb les mateixes penes que l'homicidi consentit. Però a molts d'aquest països es produeix un debat social sobre la conveniència o no de canviar la legislació. En el cas del Regne Unit, un comitè de la Cambra dels Lords va publicar el 4 d'abril de 2005 l'*Assisted Dying for Terminally Ill Bill*, acompanyat d'un detallat informe en què s'estableixen tots els aspectes per regular l'eutanàsia i l'ajuda al suïcidi. A Alemanya, l'eutanàsia està penalitzada, però no determinades conductes de participació en l'ajuda al suïcidi, fins i tot quan aquesta ajuda esdevingui necessària. El Codi penal alemany només castiga l'homicidi a petició, és a dir, la conducta d'aquell que, a petició del pacient, posa fi a la seva vida de forma directa; però no, per exemple, la d'aquell que li proporciona els mitjans per fer-ho. No obstant això, ni la societat alemanya ni els professionals sanitaris perceben aquesta possibilitat que la llei atorga com una conducta correcta i, en conseqüència, l'ajuda indirecta al suïcidi no es una pràctica normalitzada. El fet que el legislador alemany no hagi penalitzat mai la col·laboració al suïcidi no es fruit d'un debat social ni d'una deliberació que hagi conduït a una iniciativa legislativa en aquest sentit.

A França i Dinamarca, l'eutanàsia continua penalitzada, si bé es distingeix entre eutanàsia activa i passiva. Dinamarca va aprovar l'any 1992 una llei que permet no instaurar tractaments que es poden considerar fútils prop de la mort, és a dir, el que de manera habitual i desafortunada es coneix com eutanàsia passiva. Recentment, França ha aprovat la Llei relativa als drets dels malalts i a la fi de la vida, que només fa referència a la possibilitat d'atorgar voluntats anticipades i a la necessitat de disminuir l'obstinació terapèutica, però no a la possibilitat de practicar l'eutanàsia o ajudar al suïcidi.

Per la seva part, el Consell d'Europa es va declarar contrari a l'eutanàsia en la Recomanació 1418/99 per a la protecció dels malalts terminals, en la qual es defensa que tots ells puguin rebre cures pal·liatives com una prestació més.

Estats Units, el cas d'Oregon

Als Estats Units es produeixen campanyes a diferents estats per impulsar la despenalització del suïcidi assistit. El cas més emblemàtic es el de l'Estat d'Oregon, on

el 1994 es va aprovar, amb el 51% dels vots, l'*Oregon Death with Dignity Act* (ODDA), que legalitzava aquesta pràctica. El 1995 va ser declarada inconstitucional, però l'any 1997 es va aprovar novament, aquesta vegada amb el 60% de vots.

L'ODDA permet l'assistència mèdica al suïcidi sempre que es compleixin determinats requisits:

- Ha de ser un pacient terminal amb una expectativa de vida inferior als sis mesos.
- Ha de ser major de 18 anys i plenament capaç.
- Ha de ser resident a l'Estat d'Oregon.
- Que hagi formulat dues peticions d'assistència al suïcidi amb un interval mínim de dues setmanes, per escrit i en presència de dos testimonis, un dels quals no ha de tenir relació amb ell.
- Dos metges (el que atén i un consultor) han d'informar per escrit de les condicions del pacient i han de descartar que la petició es degui a un estat depressiu.
- Els metges poden receptar, però no administrar, dosis letals de drogues per tal de produir una mort ràpida.
- Els metges no han d'estar necessàriament presents en l'acte del suïcidi.
- El metge ha de presentar un informe.

En aquestes condicions, l'eutanàsia és il·legal a l'Estat d'Oregon, mentre el debat continua a altres estats com Maine o Michigan. Fins a finals de 2003, a Oregon s'havien realitzat 265 prescripcions d'acord amb el que estableix la llei, i 117 persones havien pres les drogues prescrites, en una evolució que va des dels 19 casos de l'any 1998 als 42 del 2003.

Austràlia

Al territori del nord d'Austràlia, que té com a capital la ciutat de Darwin i compta amb 200.000 habitants, el maig de 1995 es va legalitzar l'eutanàsia voluntària mitjançant "L'acta dels malalts terminals". Va estar en vigor nou mesos i posterior-

ment va ser declarada il·legal mitjançant una llei del Senat australià, aprovada per 38 vots contra 34. Durant el temps de vigència van morir quatre persones per injecció subcutània letal amb l'ajuda d'un ordinador.

9. CONSIDERACIONS SOBRE LA FI DE LA VIDA

9.1. Polítiques socials pertinents

La reflexió i el debat social sobre l'assistència més adequada per als pacients amb malalties terminals o incurables que podrien sol·licitar l'eutanàsia o l'ajuda al suïcidi no pot oblidar l'entorn en què es produeix aquesta sol·licitud; ben al contrari, requereix un coneixement profund de la realitat en què s'inscriu. A Catalunya hi ha al voltant de 332.000 persones amb cert grau de dependència, de les quals més de 220.000 tenen més de 65 anys. El 76% són ateses al seu domicili i el 24% a diferents institucions residencials. Tant a Catalunya com a la resta de d'Espanya han millorat substancialment en les últimes dècades les prestacions socials que reben les persones grans, i en general les que pateixen grans minusvalideses i patiments crònics. Però aquestes ajudes no han compensat la soledat en què viuen moltes persones a causa dels canvis que s'han produït en la concepció tradicional de la família. Per tant, cal continuar millorant les condicions socials i econòmiques perquè la seva dependència no promogui el desig de deixar de viure.

Els governs s'han de continuar esforçant en la implantació de programes per aconseguir que la vida de les persones dependents sigui digna. S'han de garantir els recursos suficients i una coordinació efectiva que millori l'eficiència de les prestacions, que moltes vegades requereixen la participació simultània dels serveis socials i sanitaris. L'impuls de l'Agència Catalana de la Dependència sembla una bona iniciativa per aconseguir l'autonomia personal i una correcta atenció a les persones en aquesta situació. No obstant això, cal també millorar la quantia de les pensions, les condicions d'habitatge i l'entorn afectiu d'aquestes persones, moltes vegades abocades a la solitud. Convé fomentar la implicació de les famílies i persones properes en l'acompanyament dels malalts, i contrarestar la tendència a l'abandonament i la institucionalització, més intensa conforme s'acosta la mort.

Cal recordar que el 54% dels catalans moren hospitalitzats, el 38% en hospitals d'aguts, de curta estada, i el 16% en centres de convalescència, d'estada perllongada.²⁴

²⁴ Departament de Sanitat i Seguretat Social. Activitat assistencial de la xarxa sanitària de Catalunya, any 2000. Informe del registre del conjunt mínim de dades. Servei Català de la Salut, Barcelona, 2002.

Això sovint representa l'agreujament de la solitud i la deshumanització en els darrers dies de la vida. El 35% de les defuncions hospitalàries es produeixen al servei d'urgències o a unitats d'hospitalització vinculades a aquest servei, amb estades inferiors a 72 hores. El 20% dels malalts, és a dir, un de cada cinc, moren a les unitats de cures intensives, caracteritzades per disposar de tecnologies de suport vital com la ventilació mecànica, que poden perllongar la vida i també l'agonia. Així, menys de la meitat de les persones que moren a l'hospital (45%), ho fan en habitacions convencionals, i només la meitat d'aquests moren als serveis d'oncologia o a les unitats de cures pal·liatives.²⁵ En resum, més de la meitat de les morts hospitalàries succeeixen en llocs dissenyats per proporcionar una atenció urgent i mesures de suport vital, però en absolut pensats per acollir el procés de l'agonia, l'acompanyament i el dol.

Atès que la mort és inevitable, s'ha d'assumir que les possibilitats de la medicina són limitades i que sovint fomenten expectatives desmesurades sobre l'efectivitat dels tractaments mèdics en persones que encaren l'agonia. Admetre aquestes limitacions pot ajudar a viure els últims dies de vida d'una manera més humana.

9.2. La "bona praxi mèdica" actual

Cal estendre un concepte més ampli i més humanista de l'atenció sanitària al final de la vida, basada en una pràctica consensuada i autoregulada pels col·lectius professionals implicats. Saber tenir cura del final de la vida és una exigència ètica ineludible, sobretot per al professional de la salut. La vida s'ha medicalitzat i tant els que es troben en una situació de dependència com els que afronten els seus últims moments busquen l'ajut de la medicina, i aquesta ha de proveir-los d'atenció especial. Les cures pal·liatives han recuperat per als metges la vella tradició de tenir cura dels malalts fins al final. Aquesta actitud havia estat arraconada per un model d'exercici influït per la disponibilitat de tecnologies de suport vital, com la ventilació mecànica, la reanimació cardiopulmonar o la nutrició artificial. Però la prolongació de la vida per qualsevol d'aquest mitjans pot ser que allargui innecessàriament l'agonia.

25 J. M. Casanellas Rosell. *El registro de la mortalidad hospitalaria*. Quadern CAPS 1995; 23: 30-7.

La medicina pal·liativa procura el confort del malalt tractant els símptomes que l'incomoden, bàsicament el dolor i la dispnea, però també proporcionant el suport psicològic tan necessari per alleujar l'angoixa i evitar les crisis de pànic.²⁶

Enquestes realitzades a persones que, per la seva professió, es dediquen a l'atenció dels malalts en el tram final de la vida confirmen que les necessitats dels qui es troben en aquestes circumstàncies són més de sentir-se acompanyats i comprensos (79%) que d'atenció sanitària (4%) o espiritual (14%). I les queixes més freqüents dels malalts són la falta de comunicació amb els professionals i la família (34%), i que es decideixi per ells (33%).²⁷

La millora de la comunicació amb el pacient i la seva família permet conèixer els seus valors, el seu estil de vida, les seves expectatives i les preferències que cal respectar. La voluntat d'acompanyar i de comprendre són elements essencials, ja que la comunicació és la demanda principal. I la comunicació és un procés en dues direccions, del metge al malalt i del malalt al metge, i que va més enllà de proporcionar informació. Tan real és la malaltia com la por del malalt a la mort; de la primera, el metge en té tota la informació, però sobre la segona, és el malalt qui la té.

Com millor coneguïn els professionals sanitaris la persona malalta, més ajuda podran proporcionar-li. Acompanyar i escoltar permeten adaptar la informació a les necessitats de cadascú. Cal tenir en compte que la informació és un acte mèdic més, i encara que és fonamental perquè el malalt pugui decidir, el metge ha de donar-la procurant no provocar-li, per la manera de fer-ho, un mal innecessari.

Alguns pacients no disposen, però, quan arriben al final de la seva vida de la capacitat per decidir. És per això que molt freqüentment les decisions s'han de discutir amb els familiars propers o amb els que conviuen amb ell, l'estimen i l'atenen. En la nostra cultura la família té un paper important en la cura del malalt i tradi-

26 Segons dades del Pla de salut 2002-2005, Catalunya comptava l'any 2001 amb 347 llits de cures pal·liatives, 64 equips de PADES (Programa d'Atenció Domiciliària i Equips de Suport) i 56 equips d'UFISS (Unitats Funcionals Interdisciplinàries Sociosanitàries). El mateix any, els serveis de cures pal·liatives havien atès 4.625 pacients, els equips de PADES 13.351 i els d'UFISS 28.304. A més, la xarxa pública també compta amb llits de llarga estada, de convalsència i hospitalització de dia.

27 J.M. Forcada Casanovas. La actitud de los profesionales sanitarios ante la muerte. Resultados de la encuesta "Vivir el morir". Quadern CAPS 1995; 23: 41-4.

cionalment ha adoptat una actitud protectora, paternalista, que sovint actua com a filtre entre els professionals sanitaris i el malalt. És bo reconèixer el paper benèfic que les persones properes poden tenir en l'atenció al malalt greu. Per això cal que el professional es guanyi la seva confiança. Sovint, la por al metge és por de la seva manca de sensibilitat.

Les persones que han demostrat estimar la persona malalta i en tenen cura són les que millor poden interpretar la seva voluntat i orientar l'actuació mèdica quan el deteriorament cognoscitiu la incapacita per decidir. És per això que la informació i comunicació amb el malalt ha d'acompanyar-se d'un procés paral·lel amb la família, sempre que el malalt hi estigui d'acord.

L'administració d'un o més fàrmacs per alleujar el patiment físic i/o psicològic, mitjançant la disminució previsible i irreversible de la consciència en un malalt amb la mort propera, i amb el seu consentiment –ja sigui explícit, implícit o delegat–, és el que es coneix com a sedació terminal o sedació en l'agonia. És una de les bones pràctiques mèdiques usuals. Es realitza en un de cada cinc malalts moribunds, amb una freqüència semblant en tots els països europeus en què s'ha estudiat.²⁸ La indicació es fa per tractar un símptoma –sovint el deliri, la dispnea o el dolor– refractari a qualsevol altre tractament, en un malalt amb unes expectatives de supervivència d'hores o, com a molt, d'uns pocs dies. L'acceptació que és legítim alleujar el patiment de l'agonia quan la mort és percebuda com a imminent ha contribuït a la generalització d'aquesta pràctica, amb independència de les conviccions dels protagonistes i del context cultural.

En aquesta intervenció mèdica, el dilema rau en el grau de participació del malalt en la decisió. Un treball fet en el nostre medi²⁹ estima que gairebé el 50% dels malalts en aquestes circumstàncies van poder decidir, malgrat que la supervivència mitjana va ser de 2,5 dies.

En previsió que el deteriorament cognoscitiu, el deliri o el pànic impedeixin la participació del malalt, s'aconsella facilitar que aquest manifesti la seva voluntat de manera anticipada, deixant-ne constància per escrit en la història clínica. Un bon

28 A. Van del Helde et al. (Eureld consortium). *End-of-life decision-making in six European countries: descriptive study*. Lancet 2003; 345-350.

29 J. Porta Sales, E. Català-Ylla Bové, A. Estibalez Gil et al. *Estudio multicéntrico catalano-balear sobre sedación terminal en cuidados paliativos*. Med Pal (Madrid) 1999; 6: 153-8.

moment a partir del qual es pot preguntar sobre aquest punt és quan s'evidencia que no hi ha curació possible i es canvia d'actitud terapèutica, optant ja pel tractament simptomàtic.

Sovint es planteja un altre tipus de decisió: la de no iniciar o retirar un tractament de què depèn que el malalt pugui continuar vivint. Estem parlant de les mesures de suport vital, com són els fàrmacs vasoactius, la ventilació mecànica, la reanimació cardiopulmonar, la diàlisi o la nutrició enteral o parenteral. En el context que ens ocupa, el del final d'una malaltia incurable, l'objectiu és evitar la prolongació excessiva de l'agonia. És a les unitats de cures intensives on més sovint es donen situacions d'aquest tipus, per l'evolució de malalties agudes o per la reagudització de malalties cròniques, i molt sovint això comporta que la decisió s'ha de prendre de manera urgent, sense temps per fer-se'n a la idea i amb el malalt incaç de decidir.

Són nombrosos els factors que poden influir en la variabilitat que s'observa en la decisió de limitar l'esforç terapèutic entre els diferents països, amb variacions que oscil·len entre el 4% i el 28% de les morts analitzades.³⁰ En aquesta variabilitat pot influir la distinta percepció dels professionals sobre l'obligació d'oferir determinats tractaments, així com la diferència moral que alguns poden percebre entre el fet de no començar un tractament i el de retirar-lo.

La indicació o continuació de tractaments invasius en l'etapa final d'una malaltia incurable pot qualificar-se d'obstinació terapèutica o d'aferrissament terapèutic, pràctica rebutjable des d'una concepció de l'exercici mèdic que també tingui com a objectiu vetllar per una mort en pau. Les actuacions clarament fútils són contràries a la bona pràctica mèdica, i en principi no és imprescindible la decisió del malalt o dels seus familiars per descartar-les o aturar-les. En tots els altres casos sí que cal tenir en compte la voluntat del pacient, fins i tot quan veta una actuació habitualment considerada com a correcta o necessària. La planificació de les decisions i el document de voluntats anticipades tenen per objectiu ajudar a prendre decisions en casos en què es pugui preveure una situació d'incompetència. Actualment s'està iniciant la seva generalització.

Podem concloure, doncs, que en el nostre entorn hi ha un consens força generalitzat per tractar els símptomes, per alleujar l'agonia, fins i tot amb sedació, i evi-

30 A. Van del Helde et al. *Op. cit.*

tar l'obstinació terapèutica; es tracta de pràctiques adequades que cal oferir als malalts moribunds. La participació del malalt i els seus familiars en la presa de decisions és la clau de volta per garantir una agonia en pau d'acord amb les conviccions pròpies. Per tant, preveure i prendre decisions anticipades pot ajudar els professionals i els familiars a decidir pel bé del malalt quan aquest ja està poc conscient.

En aquest sentit, proposem:

- Fer protocols per generalitzar i millorar l'atenció al moribund, i estendre les cures pal·liatives i la seva pràctica en la clínica no especialitzada.
- No començar o continuar actuacions fútils.
- Atendre la voluntat del pacient, i assegurar-se que se'n fa una correcta interpretació. Aquesta voluntat pot ser implícita i també anticipada (DVA).
- Una vegada s'ha comprovat la voluntat del pacient, acceptar la delegació de decisions en un tercer o en el metge i no carregar excessivament al malalt i als altres amb la presa de decisions.

10. EL SUÏCIDI ASSISTIT I L'EUTANÀSIA

Més enllà del que ja ara pot ser i ha de ser la correcta assistència al moribund, la legislació actual impedeix donar resposta a algunes demandes de malalts que, com s'ha argumentat anteriorment, considerem legítimes. Es tracta de persones que pateixen malalties incurables o greument invalidants i amb patiments que viuen com a insuportables. Són persones que conserven la capacitat per prendre decisions i que, de manera lliure i reiterada, demanen la mort.

A part del que es considera una bona pràctica mèdica en l'assistència als malalts terminals, aquest document vol anar més enllà i analitzar aquestes demandes. Una primera situació es produeix quan la demanda procedeix d'un pacient en situació de malaltia molt avançada en què es preveu una mort molt propera. El malalt està conscient i el motiu de la seva petició és evitar un patiment físic o psíquic que li fa insuportable la vida. Un problema diferent es planteja quan el malalt demana la mort en una fase de la malaltia en què la mort encara no es preveu imminent. Finalment, hi ha altres situacions encara més excepcionals quan el pacient és un malalt psiquiàtric o un menor d'edat, que haurien de tractar-se a part per la problemàtica que aquestes condicions plantegen.

La idea que no és legítim que un membre de la comunitat pugui llevar voluntàriament la vida d'un altre o ajudar-lo a fer-ho té un arrelament social fort. Però la compassió i el respecte a la dignitat i a l'autonomia poden ser arguments que ho contradiguin o ho moderin. I poden justificar, aquí sí, un canvi legislatiu que faci possible una resposta a aquestes demandes.

10.1. El suïcidi mèdicament assistit

En el cas del suïcidi assistit és el malalt qui es causa la mort amb l'ajuda del professional, tant si aquest es limita a aconsellar i prescriure el mitjà, com si l'acompanya en el moment de fer-ho.

Si el suïcidi està despenalitzat, és lògic que el Codi penal acabi permetent també l'ajuda en casos raonables, com seria la d'un malalt terminal o que pateix una malaltia incurable, en una situació per a ell insuportable i sense possibilitat de

millora. Seria una manera no hipòcrita d'ajudar a exercir un dret ja legitimat, i fer-ho d'una manera digna, amb mitjans segurs i poc traumàtics.

El fet que sigui el mateix malalt qui es provoqui la mort, amb els requisits i les condicions que es detallen més endavant, i tot això controlat amb prou transparència, hauria de ser una garantia suficient que l'ajuda ha estat ben demanada i ben utilitzada. En aquests casos, s'hauria de despenalitzar l'ajuda al suïcidi perquè els professionals poguessin subvenir a una demanda quan creguessin que és prou legítima.

10.2. Eutanàsia

En el cas de l'eutanàsia és una altra persona la que causa directament la mort d'un malalt a petició d'aquest.

Queda clar que no es tracta simplement del respecte a la negativa d'un malalt a ser tractat, ni de la retirada de tractaments fútils, ni de la sedació consensuada en fase d'agonia; tots aquests supòsits formen part de la correcta atenció deguda als malalts moribunds dins d'una assistència sanitària i pràctica professional de qualitat. Tampoc no es tracta de donar els consells o prescriure els mitjans que demana un malalt terminal que decideix suïcidar-se. Aquesta ajuda al suïcidi, com hem dit, podria quedar despenalitzada sempre que se seguissin els supòsits que es detallen en l'apartat 10.3.

En el cas que tractem ara, el malalt demana més: demana que se li causi la mort, bé perquè no pot fer-ho per si mateix, bé perquè ho prefereix així.

10.3. Condicions per portar a terme l'eutanàsia i el suïcidi mèdicament assistit

S'haurien de tenir en compte una sèrie de condicions abans d'autoritzar l'ajuda al suïcidi o l'eutanàsia. D'antuvi convé recordar els elements o requisits que defineixen i delimiten ambdues pràctiques:

- Presència de malaltia terminal (incurable i avançada) o de patologia incurable que provoca sofriment greu i que es preveu permanent.
- Competència necessària per part del pacient per prendre i controlar aquest tipus de decisió en benefici propi. Inclou informació exhaustiva sobre possibles alternatives i una ponderació en què la mort resulti ser la millor d'aquestes alternatives.

- Requeriment exprés, seriós, inequívoc i persistent del pacient, a iniciativa seva i pel seu propi bé.
- Hi ha d'haver un metge que accepti la petició del malalt.
- Provocació directa de la mort de forma consensuada i medicalitzada.

El metge que accepti la petició del malalt:

- Ha d'estar convençut que realment està en fase terminal o amb un sofriment intractable.
- Ha d'acceptar que per a aquell pacient concret la situació irreversible és insuportable i, per tant, que el que cerca és el seu bé.
- Ha de descartar qualsevol patologia psiquiàtrica greu com a causa de la petició.
- Ha d'iniciar un procés de deliberació clara amb el pacient:
 - sobre el diagnòstic, pronòstic i molèsties de la malaltia;
 - sobre les alternatives, incloses les de cures pal·liatives, possibilitats de maneig dels símptomes, internament, etcètera;
 - sobre les conseqüències de la decisió, també per als altres;
 - i sobre la comprensió de la informació rebuda.
- Ha d'investigar i assegurar-se que la sol·licitud es fa de manera voluntària, a iniciativa seva i sense coacció de l'entorn.
- Ha de comprovar que el malalt manté la seva determinació durant un temps prudent i que aquesta pot constar en un document de voluntats anticipades que sigui vàlid.
- Ha de demanar el parer d'un segon metge consultor.

Aquest metge consultor:

- No ha de formar part de l'equip del metge que ha assumit la petició.
- Ha d'examinar el pacient i confirmar per si mateix el diagnòstic, el pronòstic de terminalitat de la malaltia o la intractabilitat del sofriment.

- Ha de comprovar la informació rebuda pel pacient, la comprensió del que demana i la seva ferma determinació.
- Ha d'insistir a informar de les alternatives que pugui haver-hi i comprovar que realment són rebutjades.
- Ha de calibrar la competència del malalt i l'absència d'influències determinants internes o externes.

Tot això ha de documentar-se i consignar-se amb transparència, per després poder ser analitzat responsablement i jutjat com a procedent o no. Per tant, tot el procés ha de constar en la història clínica, en fulls especials amb aquesta finalitat, que han d'incloure:

- La demanda expressa del pacient, amb les reiteracions, causes, raons i acceptació de les conseqüències.
- Les valoracions del metge responsable i del consultor.
- L'acceptació del metge responsable en l'ajuda al suïcidi o en l'eutanàsia.

És més, si l'objectiu central és provocar la mort acordada en benefici del malalt, el mètode emprat esdevé també un requisit a controlar socialment:

- Ha d'estar mèdicament assistit i aplicat sota control sanitari.
- Ha de ser segur, ràpid i que no afegeixi patiment.
- Ha de ser documentalment comprovable.

En qualsevol cas, ha de quedar clar que cap metge ni cap altre professional sanitari no ha de veure's obligat a atendre sol·licituds d'eutanàsia o d'ajuda al suïcidi, i la societat ha de garantir mitjançant els mecanismes de supervisió i control pertinents que aquests processos es fan d'acord amb els criteris que s'han establert.

10.4. Òrgans de supervisió i control

Com a garantia de la correcta aplicació de l'ajuda mèdica al suïcidi i l'eutanàsia en malalts terminals, cal valorar les diferents maneres d'establir el control i la supervisió de cada cas.

Es podria concretar un sistema de control *ex ante*, que consistiria en el fet que cada petició hauria de ser sotmesa a una mena d'autorització prèvia, de la qual podrien encarregar-se'n certs òrgans específics. Aquests corroborarien que efectivament es compleixen els requisits. Si bé, d'una banda, aquest sistema podria donar més seguretat a la ciutadania i s'evitaria que es duguessin a terme conductes eutanàsiques fora de la legalitat i només censurables un cop ja produïda la mort de la persona, d'altra banda sembla difícil evitar una burocratització del procés, que podria donar lloc a una autorització tardana, quan el pacient ja hagués mort, especialment en les peticions de pacients terminals. En aquest context, cal dir que les legislacions despenalitzadores a Europa que han estat citades, han desestimat aquesta opció, i han adoptat un sistema de control *ex post*.

El sistema de control *ex post* consistiria en la revisió de cada cas, un cop ja practcada l'eutanàsia o l'ajuda al suïcidi, per part d'una comissió o comitè de control. Aquest rebria la notificació corresponent amb la documentació acreditativa (sol·licitud del pacient, informes mèdics, etc.) i hauria de valorar l'adequació als requisits i procediments regulats per la llei. En el cas que hi hagués dubtes, demanaria informació complementària i, en el cas de trobar alguna irregularitat, trameuria el cas al ministeri fiscal per tal d'iniciar el procés de responsabilitat penal que correspongués.

La comissió de control hauria d'estar formada, almenys, per un jurista, un metge i un expert en temes de bioètica, designats pel Govern en consens entre el Departament de Justícia i el Departament de Salut, i tenir un mandat prou llarg per poder fer seguiment d'un bon nombre de casos, que permetessin fer una avaluació correcta de l'aplicació de la norma passats uns anys des de la promulgació.

Atesos aquests plantejaments, sembla que seria oportú fer una distinció, quant al sistema de control a proposar, entre les demandes d'eutanàsia o ajuda al suïcidi provinents de pacients terminals d'aquelles provinents de pacients amb patologies irreversibles però no terminals. Si bé en els primers sembla oportú que per tal d'agilitar el procés s'estableixi un control *ex post*, en els altres casos i atès que es disposa de més temps, es pugui establir un control *ex ante* que atorgui més garanties.

11. RECOMANACIONS

Els principis de dignitat, autonomia i benestar del pacient fan èticament acceptable i constitucionalment possible la despenalització de l'eutanàsia i l'ajuda al suïcidi. Aquesta conclusió és el fruit d'un procés deliberatiu obert, plural i rigorós, que coincideix amb una línia de pensament majoritària favorable a aquesta despenalització en una o altra variant en el context d'un debat social ampli.

- És un deure dels poders públics proveir dels mitjans i recursos necessaris per prestar una assistència adequada als pacients en el tram final de la vida. Aquest deure implica garantir la dignificació del procés de la mort respectant la voluntat del pacient, evitant el patiment i, en qualsevol cas, eliminant tota pràctica d'obstinació terapèutica.
- Cal estendre i millorar els serveis de cures paliatives i la correcta aplicació de la sedació en l'agonia, i és èticament incorrecte diferir-ne l'aplicació.
- Cal modificar l'article 143 del Codi penal espanyol per tal d'extreure amb claredat de l'àmbit penal les actuacions dels professionals sanitaris que tinguin com a objectiu ajudar els pacients a morir quan es trobin en una situació irreparable. A més, la norma despenalitzadora ha de regular el suïcidi mèdicament assistit i l'eutanàsia en determinats supòsits i en el sentit emprat en aquest document.
- S'han de determinar condicions estrictes de procediment per a les pràctiques eutanàsiques autoritzades pel que fa a:
 - a) objectivació de la situació del malalt;
 - b) formes d'expressió de la voluntat del pacient;
 - c) persones que han d'intervenir en el procés de decisió i els requisits que cal tenir en compte;
 - d) documentació del cas;
 - e) i control adequat mitjançant comitès específics.

- Sobre els comitès i la seva composició:

El comitè de control i supervisió de l'eutanàsia i ajuda al suïcidi es podria configurar de la manera següent:

Composició del comitè: almenys dos juristes, dos metges (un d'ells de l'especialitat de psiquiatria) i dos experts en temes de bioètica, nomenats conjuntament pel Departament de Justícia i el Departament de Salut de la corresponent comunitat autònoma. Aquest comitè hauria de tenir competències per autoritzar o supervisar, segons els casos, totes les peticions d'eutanàsia o ajuda al suïcidi que s'hagin de practicar dins del territori autonòmic. La durada del seu càrrec hauria de ser d'almenys cinc anys, i hauria d'elaborar un informe anual de tots els casos autoritzats o revisats, amb detall de les conclusions, que es presentaria al Parlament respectiu.

Actuació del comitè: la intervenció del comitè dependrà de les característiques de la demanda. Així, intervindrà:

1. Amb caràcter previ a la finalització de la vida del pacient que ho sol·licita quan aquesta demanda provingui d'una persona amb una malaltia incurable però no terminal. En aquests casos caldrà l'autorització prèvia del comitè, que podrà denegar-la si considera que no es compleixen els requeriments ètics i legals.
 2. Amb caràcter posterior a la finalització de la vida del pacient que ho sol·licita, quan aquesta demanda vingui d'una persona en situació terminal o en els casos d'auxili al suïcidi en pacients no terminals. En aquests casos la supervisió i el control del compliment dels requeriments ètics i legals es farà després, demanant l'aclariment dels dubtes i traslladant la qüestió al ministeri fiscal si hi ha hagut irregularitats a fi que es puguin exigir responsabilitats penals, si escau.
- S'han de promoure polítiques actives per a la formació de tots els col·lectius professionals implicats –sanitaris, juristes, etc.– sobre el procés de la mort i les seves implicacions.
 - S'ha de promoure el debat social sobre aquestes qüestions i altres pendents relatives als menors d'edat i les persones incompetents, i donar la informació necessària perquè les persones puguin exercir la seva autonomia sense por.

Barcelona, desembre de 2005

12. BIBLIOGRAFIA

Ariès P. El hombre ante la muerte. Madrid: Taurus, 1984.

Ariès P. Ensayo sobre la muerte en Occidente. Barcelona: Argos Vergara, 1982.

Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa, Comisión de Cuestiones Sociales, de la Salud y de la Familia. Informe sobre la eutanasia. Doc. 9898, 10 septiembre 2003 (Informe Marty).

Assisted dying: the debate goes on. British Medical Journal 2005; 331: 681-693. Núm. monogràfic sobre l'eutanàsia.

Associació Catalana d'Estudis Bioètics. Informe sobre la eutanasia. <<http://www.aceb.org/eutanasia.htm>>.

Beauchamp TL i Childress JF. Principios de ética biomédica. Barcelona: Masson, 1999.

Boladeras M. La eutanasia y el buen morir. A: Bioética. Madrid: Síntesis, 1998.

Camps V. Una vida de calidad. Barcelona: Ares y Mares, 2001.

Camps V. La voluntad de vivir. Barcelona: Ariel, 2005.

Casado González M. La eutanasia: aspectos éticos y jurídicos. Madrid: Ed. Reus, 1994.

Centro de Investigaciones Sociológicas. Actitudes y opiniones de los médicos ante la eutanasia. Estudi núm. 2451, abril-maig de 2002.

Comité Consultatif National d'Ethique pour les Sciences de la Vie et de la Santé. Avis sur Fin de vie, arrêt de vie, euthanasie. Núm. 63 – París, 27 de gener de 2000.

Comitè Consultiu de Bioètica de Catalunya. Grup de Treball sobre l'Eutanàsia i l'Ajuda al Suïcidi. <<http://www.gencat.net/salut/depsan/units/sanitat/html/ca/consells/spbioe00.htm>>

Commission Fédérale de Contrôle et d'Évaluation de l'Euthanasie, premier rapport aux chambres législatives. Brussel·les, 22 de setembre 2002 - 31 desembre de 2003.

Commission Nationale d'Éthique pour la Médecine Humaine NEK-CNE. L'assistance au suicide. Acord núm. 9/2005, aprovat el 27 de abril de 2005. Berna, juliol de 2005.

Conseil de l'Europe. L'euthanasie, vol. II: Perspectives nationales et européennes. Éditions du Conseil de l'Europe, 2004.

Debat a debat: l'eutanàsia, entre la teoria i la pràctica. Annals de Medicina 2005; vol. 88, núm. 4.

Department of Human Services Office of Disease Prevention and Epidemiology on Oregon. Sixth Annual Report on Oregon's Death with Dignity Act, March 10, 2004.

Dworkin R. El dominio de la vida. Una discusión acerca del aborto, la eutanasia y la libertad individual. Barcelona: Ariel, 1994.

Dworkin G, Frey RG y Bok S. La eutanasia y el auxilio médico al suicidio. Madrid: Cambridge University Press, 2000.

Engelhardt HT. Principio y fin de la persona: muerte, aborto e infanticidio. A: Los fundamentos de la bioética. Barcelona: Paidós, 1995.

Ferrater Mora J y Cohn P. Ética aplicada: del aborto a la violencia. Madrid: Alianza, 1982.

Fibla C. Debate sobre la eutanasia. Barcelona: Planeta, 2000.

Gafo J. Eutanasia y ayuda al suicidio: mis recuerdos de Ramón Sampederro. Bilbao: D. de Brouwer, 1999.

Gafo J (ed.). La eutanasia y el arte de morir. Dilemas éticos de la medicina actual. Madrid: UPCM, 1990.

Gracia D. Salir de la vida. A: Como arqueros al blanco. Estudios de Bioética. Madrid: Triacastela, 2004.

Gracia D. Historia de la eutanasia. A: Gafo J (ed.). La eutanasia y el arte de morir. Madrid: UPCM, 1990.

Hastings Center. Goals of medicine: setting new priorities. Traducció : Los fines de la medicina, 2005. <<http://www.fundaciongrifols.org>>

House of Lords Select Committee on the Assisted Dying for the Terminally Ill Bill [HL]. Report on the assisted dying for the terminally ill bill. Londres: Stationery Office, 2005. <<http://www.publications.parliament.uk/pa/ld/lldasdy.htm>> (accés: 12 sept. 2005).

Humphry D y Wickett A. El derecho a morir. Comprender la eutanasia. Barcelona: Tusquets, 1989.

Institut Borja de Bioètica. Declaració vers una possible despenalització de l'eutanàsia. Esplugues: Universitat Ramon Llull, 2005.

La atención hospitalaria al enfermo moribundo. Quadern CAPS 1995; Núm. 23 (monogràfic), 1995.

Méndez Baiges V. Sobre morir. Eutanasia, derechos, razones. Madrid: Trotta, 2002.

Ministerio de Sanidad y Consumo, y Consejo General del Poder Judicial. Decisiones al final de la vida. Actas de la Jornada Conjunta del Ministerio de Sanidad y Consumo y el Consejo General del Poder Judicial, celebrada en Madrid el 1 de octubre de 1998.

Minois G. Histoire du suicide. La société occidentale face à la mort volontaire. París: Fayard, 1995.

Mora Molina JJ. Holanda: entre la vida y la muerte. València: Tirant lo Blanch, 2002.

Morlans M. La eutanasia a debate. Quadern CAPS 1996; núm. 24 (primavera 1996).

Morlans M. L'assistència mèdica al final de la vida. FRC 2004; 9.

Netherlands Ministry of Foreign Affairs. A guide to the Dutch Termination of Life on Request and Assisted Suicide (Review Procedures) Act. A: Euthanasia. International Information and Communication Department in cooperation with the Ministry of Health, Welfare and Sport and the Ministry of Justice.

Observatori de Bioètica i Dret. Document sobre la disposició de la pròpia vida en determinats supòsits: declaració sobre l'eutanàsia. Elaborat pel Grup d'Opinió de l'Observatori de Bioètica i Dret. Parc Científic de Barcelona. Barcelona, 2003.

Rachels J. *The End of Life, Euthanasia and Morality*. Oxford: Oxford University Press, 1986.

Rodríguez Aguilera C. *El derecho a una muerte digna*. A: Gafo J (ed.). *La eutanasia y el arte de morir*. Madrid: UPCM, 1990.

Romeo Casabona, CM. *El Derecho y la Bioética ante los límites de la vida humana*. Madrid: CERA, 1994.

Schotsmans P i Meulenbergs T (eds.). *Eutanasia and Palliative Care in the Low Countries*. Leuven: Peeters Publishers, 2005.

Singer P. *Ética práctica*. Barcelona: Ariel, 1984.

Singer P. *Repensar la vida y la muerte*. Barcelona: Paidós, 1997.

Sociedad Española de Cuidados Paliativos. *Declaración sobre la eutanasia*. *Medicina paliativa* 2002; 9: 1; 37-40.

Terribas Sala N. *Las voluntades anticipadas y su problemática en la aplicación práctica*. A: *Salud Pública y Derecho Administrativo*. Consejo General del Poder Judicial, 2004.

Terribas Sala N. *En torno a la eutanasia*. *Revista Rol de Enfermería* 2005; 28: 459-466.

Terribas Sala N. *Las voluntades anticipadas y su aplicación práctica ante un paciente terminal*. *Revista de Formación Médica Continuada (en prensa)*.

Tomás-Valiente C. *Posibilidades de regulación de la eutanasia solicitada*. Documento de trabajo 71/2005. Madrid: Fundación Alternativas.

Tomás-Valiente C. *La disponibilidad de la propia vida en el Derecho Penal*. Madrid: Centro de Estudios Políticos y Constitucionales, 1999.

Tomás-Valiente C. *La cooperación al suicidio y la eutanasia en el nuevo Código Penal (artículo 143)*. Valencia: Tirant lo Blanc, 2000.

Tomás-Valiente C. *Posibilidades de regulación de la eutanasia solicitada*. Madrid: Fundación Alternativas, 2005.

Tomás-Valiente C, Gascón M, Juanatey C, Drane J, Quintana O, Bayés, R, Broggi, MA, Pascual A, Rivera E, Jonsen AL y Miret Magdalena E. Humanitas. Humanidades Médicas. A: Eutanasia 2003; núm. 1 (monogràfic). Fundació Medicina y Humanidades Médicas de Barcelona.

Urraca S (ed.). Eutanasia hoy: un debate abierto. Madrid: Nóesis, 1995.

Aquest informe va ésser aprovat, a la 54ena reunió plenària del *Comitè Consultiu de Bioètica de Catalunya* que va tenir lloc el dia 20 de desembre de 2005, per la majoria dels seus membres i amb el vot particular del Sr. Joan Vidal Bota.

Són membres del *Comitè Consultiu de Bioètica de Catalunya*:

Sra. Victoria Camps i Cervera, presidenta; Sr. Marc Antoni Broggi i Trias, Vicepresident primer; Sr. Rogeli Armengol i Millans, Vicepresident segon; Sr. Rafael Manzanera Lopez, coordinador; Sr. Ernest Maragall i Mira, Sr. Josep Ramon Arisa i Clusella, Sr. José Luís Ausin i Herbella, Sr. Marius Morlans i Molina, Sr. Joan Maria Pons i Rafols, Sra. Maria Luisa de la Puente Martorell, Sr. Lluís Torralba i Novella, Sra. Montserrat Artigas i Lage, Sr. Tomàs Pujol i Castells, Sra. Rosa Securín Fuster, Sr. Xavier Muñoz i Puiggròs, Sra. Marta Aymerich i Martinez, Sr. Alfons Vilarrasa i Cagigós, Sra. Maria Comellas i Doñate, Sr. Eduardo Mendoza Garriga, Sra. Montserrat Busquets i Surribas, Sra. Maria Teresa Bassons i Boncompte, Sr. Joan Viñas i Salas, Sr. Francesc Abel i Fabre, Sra. Margarita Boladeras i Cucurella, Sra. Maria Casado González, Sr. Francesc Borrell i Carrió, Sr. Albert Jovell Fernandez, Sra. Milagros Pérez Oliva, Sr. Octavi Quintana i Trias, Sr. Jordi Varela i Pedregosa, Sr. Joan Vidal Bota, Sr. Javier Hernández Garcia, Sr. Francesc Jose Maria Sánchez, Sr. Pablo Hernando i Robles, Sr. Xavier Carné Cladellas, Sra. Virtudes Pacheco Galvan, Sra. Maria Josep Borràs i Pascual, Sra. Montserrat Boada i Pala, Sra. Ana Veiga i Lluch, vocals; i Sr. Josep M. Busquets i Font, secretari.

Vot particular al document

“Informe sobre l'eutanàsia i l'ajuda al suïcidi”

El text oblida el “principi de realitat”. Dades recents holandeses fan palès com l'eutanàsia suposa la pèrdua de la tutela legal efectiva sobre els més febles: més de la tercera part dels casos d'eutanàsia es fan sense consentiment i els metges no notifiquen a les autoritats més que el 54% dels casos. El Comitè de Drets Humans de l'ONU s'ha queixat a les autoritats holandeses per la ineficàcia del Comitè de revisió de casos: només va rebutjar tres dels 2000 casos examinats en un any (Vegeu: <http://www.aceb.org/euth.htm>).*

La pretensió d'un dret a l'eutanàsia oblida l'autonomia del metge i el seu deure de respectar la vida. Sense insistir en tractaments superflus que ja no milloren la situació i allarguen innecessàriament la sufrença. El metge ha de buscar ajudar el malalt i acompanyar-lo. No pot traspasar els límits de consciència i de prudència legal que defineixen la bona praxi mèdica. Mai no pot voluntàriament acabar amb la seva vida.

Joan Vidal-Bota

President de l'*Associació Catalana d'Estudis Bioètics* (ACEB)

* La Comissió permanent del Comitè Consultiu de Bioètica de Catalunya fa notar que el text a què es refereix el vot particular es pot consultar a la pagina web [http://www.unhchr.ch/tbs/doc.nsf/\(Symbol\)/CCPR.CO.72.NET.Sp?Opendocument](http://www.unhchr.ch/tbs/doc.nsf/(Symbol)/CCPR.CO.72.NET.Sp?Opendocument). Aquest es va publicar el 27 d'agost de 2001 i la Llei de comprovació de la finalització de la vida a petició pròpia i de l'auxili al suïcidi a Holanda va entrar en vigor l'1 d'abril de 2002.

PRESENTACIÓN

La Comisión Asesora de Bioética y el Comité de Bioética, antecesores del actual Comité Consultivo de Bioética de Cataluña, han sido los pioneros en la defensa del respeto a los valores de la dignidad y la autonomía de las personas. Son prueba de ello la elaboración, en el año 1997, de la *Guía de consideraciones sobre el consentimiento informado*, revisada y actualizada en una nueva edición en 2003, y las *Consideraciones sobre el documento de voluntades anticipadas* del año 2001. Justo es decir que esta preocupación ha estado presente en otros muchos documentos y debates en los que han intervenido el Comité o sus miembros.

Con la constitución, en septiembre de 2005, del nuevo Comité Consultivo de Bioética de Cataluña, se ha querido hacer hincapié en la necesidad de que el respeto a los derechos humanos y a la dignidad de las personas sea compatible con el progreso científico y técnico. Por ello se ha reforzado su carácter como foro de análisis racional y de diálogo plural y no dogmático, multidisciplinar y no corporativista, en donde se fomente la discusión sobre valores y no sólo sobre aspectos jurídicos. También se le ha dotado de mayor independencia de la Administración para hacerlo más creíble como órgano asesor, pero no decisorio; es decir, que recomienda pero no impone, que da razones y señala límites que sirvan de ayuda para orientar las decisiones que se deban tomar.

En esta nueva etapa, el Comité Consultivo, siguiendo la línea de sus debates anteriores y respondiendo a una demanda hecha desde el Departamento de Salud, quiere contribuir, con el documento *Eutanasia y ayuda al suicidio*, a impulsar un

debate que ayude a encontrar la manera de hacer frente a la inquietud de las personas que no ven protegida su autonomía en el marco legal actual.

El documento no pretende ser punto de llegada sino, al contrario, el inicio o continuación de un debate que entendemos que tiene que ser amplio, plural, sin miedos ni limitaciones coyunturales, tal y como corresponde hacer a un órgano consultivo independiente, que basa su razón de ser en el fomento de la deliberación y la reflexión, no sólo entre los profesionales que pueden verse implicados sino también en el conjunto de la sociedad.

Barcelona, marzo de 2006

Victòria Camps Cervera

Presidenta del Comité
Consultivo de Bioética de Cataluña

Rafael Manzanera López

Coordinador del Comité
Consultivo de Bioética de Cataluña

Miembros del grupo de trabajo que han elaborado este informe:

Rogeli Armengol

Codirector del grupo.

Médico psiquiatra y psicoanalista.

Presidente del Comité de Ética Asistencial del Hospital Vall d'Hebron.

Margarita Boladeras

Codirectora del grupo.

Catedrática de Filosofía Moral y Política de la Universidad de Barcelona.

Directora del postgrado *Bioética y calidad de vida*.

Marc Antoni Broggi

Médico cirujano.

Presidente del Comité de Ética Asistencial del Hospital Germans Trias i Pujol.

Victoria Camps

Catedrática de Filosofía Moral y Política de la Universidad Autónoma de Barcelona.

Vicepresidenta del Consejo Audiovisual de Cataluña.

Ramon Espasa

Médico cirujano.

Ex consejero de Sanidad.

Diputado al Parlamento de Cataluña. Senador.

Javier Hernández

Magistrado de la Sección Penal de la Audiencia Provincial de Tarragona.

Màrius Morlans

Médico nefrólogo.

Director asistencial del Área General del Hospital Vall d'Hebron.

Milagros Pérez Oliva

Periodista, Redactora jefa de *El País*, responsable del área de Biomedicina.

Profesora del Departamento de Periodismo y Comunicación Audiovisual de la Universidad Pompeu Fabra.

Albert Royes

Doctor en Filosofía. Profesor de Ética Médica de la Facultad de Medicina de la Universidad de Barcelona.

Secretario del Observatorio de Bioética y Derecho.

Núria Terribas

Abogada.

Directora del Instituto Borja de Bioética.

Josep Maria Busquets

Médico. Responsable de Bioética, Departamento de Salud.

Secretario del grupo de trabajo.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	83
1.1. Vivir y morir hoy. Problemas que es preciso resolver.....	83
1.2. Otros estudios y declaraciones de instituciones catalanas.....	88
1.3. Límites del informe.....	89
2. DEFINICIONES Y PRECISIONES TERMINOLÓGICAS UTILIZADAS EN ESTE INFORME.....	91
3. ARGUMENTOS FILOSÓFICOS SOBRE LA EUTANASIA Y EL SUICIDIO ASISTIDO.....	95
4. LA DIGNIDAD HUMANA COMO FUNDAMENTO DE LA EUTANASIA.....	101
5. PRINCIPIOS Y DERECHOS FUNDAMENTALES.....	105
5.1. El derecho a la vida.....	105
5.2. El principio de dignidad de la persona.....	106
5.3. El principio de autonomía. Disponibilidad de la propia vida.....	108
5.4. ¿Qué significa “muerte digna”?.....	109
6. LA VOLUNTAD DEL PACIENTE DE ESCOGER LIBREMENTE Y LA OBLIGACIÓN CONSTITUCIONAL DE PROTEGER A LAS PERSONAS.....	113
7. LA EXPRESIÓN DE LA VOLUNTAD.....	115
7.1. El consentimiento informado.....	115
7.2. El enfermo en situación de incompetencia.....	116
7.3. Las voluntades anticipadas.....	117

8. ASPECTOS LEGALES.....	119
8.1. Reflexiones a la luz de la Constitución española.....	119
8.2. La legislación en España.....	122
8.3. La situación en otros países.....	123
9. CONSIDERACIONES SOBRE EL FIN DE LA VIDA.....	131
9.1. Políticas sociales pertinentes.....	131
9.2. La “buena praxis médica” actual.....	132
10. EL SUICIDIO ASISTIDO Y LA EUTANASIA.....	137
10.1. El suicidio médicamente asistido.....	137
10.2. Eutanasia.....	138
10.3. Condiciones para llevar a cabo la eutanasia y el suicidio médicamente asistido.....	138
10.4. Órganos de supervisión y control.....	141
11. RECOMENDACIONES.....	143
12. BIBLIOGRAFÍA.....	147

1. INTRODUCCIÓN

1.1. Vivir y morir hoy. Problemas que es preciso resolver

Durante los últimos veinte años se han producido numerosos debates públicos, en nuestro país y en otros muchos, sobre la manera de tratar algunos enfermos terminales o personas con cáncer y procesos degenerativos irreversibles que pedían morir para evitar el sufrimiento o para no tener que vivir la fase más degradante de la enfermedad. Enfermos que sufrían situaciones extremadamente penosas o sus familiares han planteado a los tribunales de justicia poder poner fin a una vida que consideraban indigna. Estos procesos han sido objeto de intensos debates públicos y han puesto de manifiesto las divergencias entre la voluntad de los enfermos y las disposiciones legales y sanitarias.

Entre los casos más recientes destacan, por su valor paradigmático, los de Ramón Sampredo,¹ Terri Schiavo,² Anthony Crew,³ Diane Pretty⁴ y Vincent Humbert,⁵ y entre los más antiguos los de Karen A. Quinlan⁶ y Nancy Cruzan,⁷ que dieron

1 Ramón Sampredo Camean, el caso español más conocido por su escenificación en la película *Mar adentro*, sufrió una tetraplejía desde el año 1963, como consecuencia de una sección medular provocada por un accidente; desde entonces se encontraba inmovilizado de forma absoluta y permanente de todo el cuerpo, a excepción de la cabeza. Con el paso de los años llegó a la conclusión de que en estas condiciones su existencia era más una tortura que una vida humana digna; una “buena muerte” tenía más sentido que seguir viviendo, pero su dependencia total de los demás le impedía el suicidio. Por esta razón solicitó a los jueces que autorizasen a su médico a asistirlo, y que lo exonerasen de cualquier responsabilidad penal, fuesen cuales fuesen las consecuencias. En concreto, Sampredo pidió “que se autorice a mi médico de cabecera a que me suministre los medicamentos necesarios para evitar el dolor, la angustia y la ansiedad que el estado en que me encuentro me produce, sin que eso, en ningún caso, pueda ser considerado, bajo el punto de vista penal, como ayuda al suicidio, delito o faltas de ninguna clase, al asumir por mi parte el riesgo que tal medicación podría comportar y poder así, llegado el caso, morir dignamente”. El caso fue presentado ante los juzgados de Barcelona y desestimado en primera y en segunda instancia, por no corresponder esta jurisdicción a la del domicilio del interesado; su tercer intento, ante los juzgados de La Coruña, tampoco tuvo éxito. Finalmente, con la ayuda de un grupo de amigos, tomó cianuro y murió el 12 de enero de 1998 en Boiro (La Coruña), no lejos de su domicilio habitual en Porto do Son.

2 Terri Schiavo era una ciudadana de EE.UU. que estuvo 15 años en estado vegetativo crónico (irreversible). El marido pensaba que ella no habría querido esta situación y dio el permiso para interrumpir el soporte vital que la mantenía en estado vegetativo. Pero los padres interpusieron diferentes recursos judiciales para evitarlo e incluso el presidente Bush presentó y firmó una ley para que no se pudiese retirar

- el soporte. Los jueces dieron la razón al marido y a Terri Schiavo, que murió en abril de 2005. La autopsia reveló que su cerebro pesaba 600 gramos, en lugar del peso normal que es de 1.400 a 1.600 gramos.
- 3 Reginald Crew era un tetrapléjico inglés de 74 años que fue a Suiza para que lo ayudasen a morir (2003). En Suiza no está despenalizada la eutanasia, pero no se penaliza la ayuda a morir, por motivos humanitarios, a una persona que lo pide. La Asociación Dignitas facilita la atención que requieren estas personas. Fue creada en 1998, sin ánimo de lucro, y hasta el año 2003 había ayudado a morir a 91 personas, dos terceras partes de las cuales eran extranjeras.
 - 4 Diane Pretty sufría una enfermedad degenerativa irreversible que la dejó paralizada, con dolores agudos que se iban haciendo cada vez más insoportables. Pidió a los tribunales británicos que le concediesen el derecho a morir asistida por su marido y, ante las sucesivas negativas de todas las instancias nacionales, apeló al Tribunal de los Derechos Humanos de Estrasburgo, que también lo denegó. Finalmente murió como ella no quería, después de días de dolor y agonía, el 11 de mayo de 2002.
 - 5 Vincent Humbert era un joven francés de 22 años, tetrapléjico, mudo y casi ciego a causa de un accidente, que después de vivir tres años en esta situación pidiendo el fin de su vida murió el 26 de septiembre de 2003, ayudado por su madre y un médico del hospital de Berck-sur-Mer, que le suministraron un medicamento. La Fiscalía abrió diligencias contra el médico por “envenenamiento con premeditación” y contra la madre por “administración de sustancias tóxicas con premeditación a persona vulnerable”. El presidente de la República Francesa expresó públicamente su apoyo a la madre.
 - 6 Karen Ann Quinlan quedó en estado de coma persistente e irreversible el año 1975, cuando ya era mayor de edad. El padre pidió la custodia al juez para poder decidir la retirada del soporte vital, porque consideraba que no tenía sentido prolongar la situación con medios extraordinarios y fútiles. El juez de Nueva Jersey denegó el permiso, aduciendo que los motivos humanitarios no justifican la acción premeditada de acabar con la vida de una persona. La apelación al Tribunal Supremo argumentaba, sobre la base del derecho a la intimidad, el respeto a las decisiones propias y la no-intromisión de terceros en cuestiones estrictamente personales, ya que la enferma había expresado anteriormente que no querría vivir en condiciones parecidas. El juez del Supremo de Nueva Jersey consideró que “hay una diferencia fundamental, y en este caso determinante, entre acabar ilícitamente con la vida de una persona e interrumpir, por una cuestión de autodeterminación, los medios extraordinarios que la mantienen con vida”. Entonces se retiró la respiración artificial, pero la enferma vivió diez años más en estado de coma, porque se mantuvo la alimentación artificial, puesto que se valoraba aquello como eutanasia pasiva y esto como eutanasia activa (no aceptable desde un punto de vista moral). La respuesta de los expertos indicó las contradicciones de tal planteamiento. La respuesta de los ciudadanos fue una ola de testamentos vitales (el Consejo de Educación sobre la Eutanasia recibió 1.250.000 solicitudes de testamentos vitales). El año 1980 tuvo lugar la creación de la Federación Mundial de las Asociaciones del Derecho a Morir, formada por 27 grupos de 18 países.
 - 7 Nancy Cruzan estaba en estado vegetativo persistente e irreversible desde 1983 y los padres pensaban que era absurdo e injusto seguir en esta situación y querían interrumpir la ayuda que la mantenía viva. El 1987 pidieron permiso al juez, con la justificación de que ella se había manifestado en contra de estos tratamientos fútiles. El julio de 1988, el juez dictaminó en favor de la petición, pero prosperó una apelación, de manera que ocurrieron diversos juicios, en diferentes instancias, y finalmente los jueces sentenciaron que hay un derecho constitucional a rechazar los soportes vitales en el supuesto de que se llegue a un estado vegetativo permanente, y recomendaron la introducción en el ámbito sanitario del documento de “directrices anticipadas” (o “voluntades anticipadas” o “instrucciones previas”). En diciembre de 1990 el juez consideró probado que Nancy no habría querido seguir viviendo en sus condiciones y autorizó la interrupción del soporte vital.

lugar a la primera jurisprudencia en EE.UU. en relación con esta problemática. Estos casos, reflejo de una realidad más amplia, muestran la evolución que ha experimentado el concepto de eutanasia en los últimos años, ya que si bien algunos de ellos se plantearon en un principio bajo esta denominación, ahora queda claro que lo que se pedía era simplemente una limitación del esfuerzo terapéutico o el respeto a la voluntad del enfermo de no recibir ningún tratamiento. El despliegue jurídico derivado de estas demandas y el proceso de reflexión que han provocado en diferentes ámbitos, incluido el ético, han evidenciado la necesidad de atender los problemas humanos que se plantean en determinadas situaciones especialmente graves de enfermedad.

La casuística es muy variada y las causas de conflicto muy diversas. Aparte de los problemas propios de las patologías más habitualmente implicadas en las solicitudes de eutanasia, intervienen también otros factores como el dolor y la impotencia que viven los pacientes y sus familias, las diferentes convicciones sobre el sentido de la vida y de la muerte, o la necesidad de respetar los principios de autonomía y de dignidad de la persona. Todo esto se plantea en un momento en que los avances constantes de las tecnologías médicas permiten alargar la vida de forma artificial hasta límites insospechados. Los avances de la medicina pueden mejorar el bienestar de las personas, pero también pueden prolongar la agonía y agravar el sufrimiento de quienes están afectados por procesos neurodegenerativos irreversibles.

En la mayor parte de los países occidentales se han constituido comisiones de expertos para estudiar estos problemas. Holanda, donde en el año 2002 entró en vigor una ley que despenaliza la eutanasia y la ayuda al suicidio en determinados supuestos, hace ya más de veinte años que inició el estudio minucioso de la problemática que rodea el final de la vida. Antes de que se aprobase la nueva ley, los expertos constataron un porcentaje importante de eutanasia encubierta y consideraron que esta situación era la peor posible. El 1994 se modificó la Ley de disposición de cadáveres y se introdujo un cambio en el certificado de defunción. De esta manera se evitaba que el médico que había practicado la eutanasia en unas condiciones determinadas, y así lo declaraba, fuese perseguido por la justicia.

Puede llegar a existir una gran distancia entre la reflexión de los expertos y las opiniones de la calle. La cultura actual tiene una relación ambivalente con la muerte: por una parte, la industria del entretenimiento convierte la muerte de ficción

en algo trivial y repetido hasta la saciedad, y por otra oculta sistemáticamente la muerte real y la considera algo indeseable que debe ser escondido a los niños. La opinión pública que se expresa a través de los medios de comunicación ha tratado durante largo tiempo la eutanasia de forma tangencial, a menudo expresando recelos y miedos. Recientemente, los casos de Diane Pretty, en julio de 2002; de Humbert en Francia, en septiembre de 2003; de Sampedro, en los últimos años en España; y en el último año el de Terri Schiavo en Estados Unidos, han hecho emerger con fuerza el tema de la eutanasia en el debate público, si bien en algunas ocasiones ha sido objeto de cierta banalización y de un tratamiento sensacionalista. La sociedad mediática acostumbra a articular los debates públicos a partir de hechos o casos concretos que devienen paradigmáticos. Aunque esto facilita la comprensión social de realidades complejas, a veces es a costa de una simplificación excesiva de los mensajes.

Sin embargo, en los últimos tiempos se han observado en nuestro país cambios sustanciales en la percepción social de la eutanasia. El miedo a un padecimiento insoportable pesa a menudo más que el miedo a la muerte, y se ha ido abriendo camino la idea de que, en determinadas circunstancias, es legítimo plantear la posibilidad de poner fin a la vida por decisión propia. Aunque persiste el temor difuso a las consecuencias de una posible despenalización, un número creciente de voces han expresado en los últimos tiempos la conveniencia de abordar la posible regulación legal de la eutanasia. La evolución de la opinión pública hace pensar que se ha alcanzado un grado de concienciación de la sociedad propicio para abordar un cambio legislativo. Los profesionales de la medicina aparecen en este contexto como un elemento de garantía, dado el prestigio profesional y la consideración social que tienen, y por ello su posición se considera relevante a la hora de plantearlo.

Para que el debate sea fructífero conviene plantearlo en diversos ámbitos, con instrumentos que permitan objetivar los diferentes intereses y demandas involucrados, y con la participación de grupos de expertos que puedan aportar propuestas concretas. La posible regulación normativa de la eutanasia no se tendría que abordar según el número de personas que podrían solicitarla, previsiblemente reducido, sino según la problemática especialmente grave que sufren y en el bien entendido de que aquellos otros enfermos que, en las mismas condiciones, quieran continuar viviendo, deben disponer de todos los recursos sanitarios y sociales para que su vida sea digna.

En España son pocos los estudios sociológicos que han profundizado sobre esta problemática. Tres encuestas han tratado de recabar la opinión de la ciudadanía sobre la eutanasia: una de la OCU del año 2000,⁸ la del CIS del año 2002⁹ y la última, sobre la percepción de los jóvenes, hecha por la Fundación BBVA¹⁰, en el año 2004. Recientemente, también se ha publicado un extenso trabajo de investigación periodística en *El País* sobre “Morir en España”.¹¹ La encuesta del CIS, que es la más completa y la metodológicamente más rigurosa, es también la que aporta datos más relevantes, entre ellos que el 59,9% de los médicos encuestados están de acuerdo con la despenalización de la eutanasia y la ayuda al suicidio en determinados supuestos. Es preciso recordar también que una encuesta hecha a los médicos colegiados en Barcelona durante el año 1988 señalaba que

8 La encuesta de la OCU del año 2000 señala que tres de cada cuatro personas encuestadas son favorables al hecho de que sea legal solicitar la eutanasia en el caso de una enfermedad dolorosa y en situación próxima a la muerte. El 65% de los médicos y el 85% de las enfermeras reconocen haber recibido en alguna ocasión la petición de algún tipo de eutanasia o suicidio asistido. El 21% de los médicos encuestados dice haber participado en algún tipo de eutanasia activa o suicidio asistido. Destaca también que el 50% de los pacientes que han muerto han recibido cuidados paliativos.

9 La encuesta del CIS del año 2002 indica que el 57,6% de los médicos ha recibido la petición de suspensión o no inicio de tratamiento. El 19,5% de los médicos ha recibido la demanda de administración de una sobredosis de fármaco para acelerar el final de la vida. El 7,8% de los médicos ha recibido la solicitud de una dosis letal de fármaco para que el paciente pueda acabar él mismo con su vida. El 21,5% de los médicos cree que la ley debería permitir la ayuda al suicidio en caso de una enfermedad incurable, dolorosa y próxima a la muerte. El 21,6% de los médicos cree que ante la situación anterior la ley debería permitir administrar un tratamiento que acabase con la vida de quien lo solicita. El 17,3% de médicos cree que la ley tendría que permitir proporcionar una dosis letal a pacientes no terminales pero con graves sufrimientos físicos y psíquicos que lo solicitaran, para que ellos mismos se la administraran. El 7% de los médicos estarían de acuerdo con administrar la eutanasia en el caso de que se tratase de niños. El 84,6% de los médicos cree que un buen sistema de cuidados paliativos no resuelve todas las solicitudes de eutanasia. El 41,5% de los médicos cree que debe cambiar la ley para permitir la ayuda al suicidio o la eutanasia a los enfermos terminales que lo soliciten. El 18,4% de los médicos cree que debe cambiar la ley para permitir la ayuda al suicidio o la eutanasia a los enfermos no terminales con graves sufrimientos físicos o psíquicos que lo soliciten.

10 En el estudio de la Fundación BBVA (2004) sobre las percepciones de los jóvenes, tres mil universitarios, de los que el 45% se declara católico, son encuestados sobre ocho cuestiones diferentes susceptibles de debate moral, y la eutanasia presenta una valoración de 7,5 (de una escala que va del 0 [nunca se puede justificar] al 10 [siempre es justificable]), por delante del aborto (7,0), la adopción de niños por parejas homosexuales (6,8) o el consumo de drogas (4,3).

11 *El País* ha publicado un artículo de investigación y análisis sobre cómo se muere en España, que muestra una panorámica amplia de las carencias y necesidades en este ámbito (días 30 y 31 de mayo, y 1 de junio, de 2005).

el 82,3% de los médicos era partidario del desarrollo de una ley que regulase la eutanasia.¹²

1.2. Otros estudios y declaraciones de instituciones catalanas

La diversidad de maneras de pensar en nuestra sociedad plural se manifiesta en el debate sobre la disponibilidad de la propia vida. Mientras una parte de la sociedad reclama la facultad de poder poner fin a la propia vida cuando ésta no reúna las condiciones de dignidad que estima imprescindibles, lo cual vulnera el artículo 143.4 del Código penal, desde determinados ámbitos religiosos se defiende que la vida de las personas sólo depende de Dios y no tiene que haber intervención humana en su fin. Dentro del máximo respeto hacia estas convicciones y las conductas que de ellas se derivan, es importante reflexionar si estos ciudadanos tienen derecho a reclamar una legislación que obligue a todo el mundo a seguir sus normas de conducta y si el artículo 143.4 del Código penal actual tiene suficiente justificación ética (teniendo en cuenta el desarrollo actual de la medicina y las nuevas situaciones vitales en que pueden encontrarse las personas) y suficiente legitimidad democrática (vistas las demandas de los ciudadanos y la pluralidad de las convicciones morales).

En este contexto, dos instituciones catalanas de prestigio, el Observatorio de Bioética y Derecho del Parque Científico de la Universidad de Barcelona, y el Instituto Borja de Bioética de la Universidad Ramon Llull de Barcelona, han publicado declaraciones pidiendo la despenalización de determinadas actuaciones en relación con la eutanasia y la ayuda al suicidio, solicitud que desde ya hace tiempo plantea también la Asociación Derecho a Morir Dignamente (DMD). En el sentido opuesto se ha manifestado la Sociedad Española de Cuidados Paliativos y la Asociación Catalana de Estudios Bioéticos, que están decididamente en contra de esta posibilidad.

12 Encuesta sobre la legalización de la eutanasia entre los médicos colegiados en Barcelona, Colegio Oficial de Médicos de Barcelona, 1990: "El desarrollo de una ley que regule la práctica de la eutanasia es una necesidad que manifiestan el 82,3% de los médicos del estudio. El 17,2% se manifiestan contrarios a la elaboración de una ley; las razones expresadas por quienes se oponen son de carácter ético-religioso. En relación con los tipos de eutanasia que debe permitir la ley, el estudio muestra que el 52,3% de los médicos creen que se debe permitir la eutanasia pasiva y prohibir la eutanasia activa. Además, el 43,2% consideran que se debe permitir tanto la eutanasia pasiva como la eutanasia activa".

1.3. Límites del informe

En este informe se defiende la necesidad de desarrollar los cuidados paliativos y la práctica de la sedación en la agonía para conseguir una medicina más humanizada, y se considera muy importante continuar ampliando el acceso a todos los enfermos que lo necesiten. No se hace, pero, una consideración extensa porque no es propiamente el objetivo del informe y ya se trata adecuadamente en otros ámbitos. Este documento se centra en el estudio de las razones humanas, médicas, sociológicas, éticas y constitucionales que existen para aceptar o no una nueva orientación y regulación de las líneas de actuación necesarias para la mejora de la situación actual respecto de las peticiones de eutanasia y de auxilio al suicidio.

Los autores de este estudio no pretenden ser exhaustivos en la exposición de estas razones, sino mostrar los aspectos centrales e insoslayables.

2. DEFINICIONES Y PRECISIONES TERMINOLÓGICAS UTILIZADAS EN ESTE INFORME

Para comprender mejor el alcance de las propuestas que se formularán, conviene definir previamente las diferentes situaciones que pueden darse acerca del fin de la vida. Así, en el contexto de este documento, que se basa en el respeto a la autonomía personal y a los derechos humanos en general, hablaremos de:

Buena praxis médica: De acuerdo con el conocimiento científico y práctico ampliamente consensuado, la buena praxis médica debe incluir el respeto a la voluntad expresada por el paciente, o quien le representa, y la aceptación de las limitaciones a la actuación médica que éste decida. Este respeto implica que una vez agotados unos niveles razonables de información, se respetará incluso el rechazo de una práctica asistencial que pueda comportar un beneficio para el enfermo o incluso evitarle la muerte. El principio de no-maleficencia incluye también el respeto a la voluntad del paciente.

Cuidados paliativos: Son los cuidados activos totales destinados a enfermos con procesos avanzados e incurables, y a sus familiares, con especial atención al confort y a la calidad de vida.¹³ Es función de los médicos y de todos los profesionales sanitarios aliviar el dolor y el sufrimiento de los enfermos que están en una fase terminal. Estos enfermos tienen el derecho a recibir asistencia de calidad, soporte psicológico y ayuda social que contribuya a humanizar el proceso de su muerte. Es preciso asegurar que las personas que hacen una solicitud de eutanasia hayan recibido la información y el ofrecimiento de estos cuidados paliativos.

Decisión informada: El enfermo que quiera poner fin a su vida debe poder disponer en todo momento de la información que exista sobre su proceso, las diferentes alternativas y posibilidades de actuación, incluida la de acceder a cuidados paliativos. Es una decisión informada aquella que toma un paciente autónomo que solicita asistencia médica para morir bien, y que está fundamentada en el conocimiento sobre los hechos más relevantes de su proceso, después de haber

¹³ Definición de cuidados paliativos de la OMS: ASCO Special article. *Cancer care during the last phase of life.* Clin Oncol 1998; 16: 1986-96.

sido adecuadamente informado por el médico que le atiende y por los otros que puedan intervenir.

Dignidad: Valor incondicional de todo ser humano. Es el valor de aquello carente de precio, de aquello que ni tan sólo tiene un valor cuantificable y es objeto de respeto. Aquello que tiene precio puede ser sustituido por una cosa equivalente; en cambio, aquello que está por encima de todo precio, que no admite nada equivalente, tiene dignidad.

Eutanasia: Proveniente del término griego *Eu-Thanatos* (buena muerte), hace referencia a las acciones realizadas por otras personas, a petición expresa y reiterada de un paciente que padece un sufrimiento físico o psíquico como consecuencia de una enfermedad incurable y que él vive como insoportable, indigna y como un mal, para causarle la muerte de manera rápida, eficaz e indolora. Estas acciones se hacen, pues, en atención a la persona y de acuerdo con su voluntad –requisito imprescindible para distinguir la eutanasia del homicidio– con el fin de poner fin o evitar un padecimiento insoportable. En la eutanasia existe un vínculo causal directo e inmediato entre la acción realizada y la muerte del paciente. Desde la introducción del consentimiento informado no podemos hablar más de la mal llamada “eutanasia pasiva”. Es obvio que la no instauración de un tratamiento, su suspensión y la eutanasia siempre tienen que ser solicitados.

Futilidad del tratamiento: Se habla de futilidad del tratamiento cuando una medida terapéutica no aporta ningún beneficio al paciente o bien puede producir, al enfermo o a su familia, perjuicios superiores o desproporcionados en relación con el posible beneficio.

Homicidio por compasión: Se produce cuando alguien provoca la muerte de un paciente sin que exista una petición expresa de éste y sin conocer, por tanto, su voluntad, pero actuando por compasión o piedad ante una situación de padecimiento muy grande, con la intención de procurarle un bien.

Limitación del esfuerzo terapéutico (LET): La limitación del esfuerzo terapéutico comporta aceptar la irreversibilidad de una enfermedad y la conveniencia de abandonar los tratamientos que tengan por finalidad prolongar la vida, manteniendo sólo las terapias necesarias para garantizar al máximo el bienestar del enfermo.

Enfermedad irreversible: Es aquella afectación grave o potencialmente grave que con los conocimientos médicos disponibles no se puede curar.

Enfermedad terminal: Es una enfermedad incurable, en estado avanzado, que en un periodo corto de tiempo, medible en pocos meses, progresará hacia la muerte.

No inicio o retirada de tratamientos de soporte vital: Forma parte de la LET y consiste en no iniciar o retirar tratamientos como la ventilación mecánica, la reanimación cardiopulmonar, la diálisis, la nutrición artificial (enteral y parenteral) o la hidratación (en situaciones de inconsciencia), cuando se produce una complicación aguda al final de una enfermedad incurable. El objetivo es facilitar la evolución de la enfermedad hacia la muerte sin prolongar inútilmente la agonia con tratamientos invasivos.

Objeción de conciencia: Es el derecho individual a no atender aquellas demandas de actuación que resultan incompatibles con las propias convicciones morales.

Obstinación terapéutica: Más habitualmente conocida como “encarnizamiento terapéutico”, es la instauración o continuación de medidas médicas carentes de ningún otro sentido que el de prolongar la vida del paciente cuando éste está abocado a la muerte irreversiblemente.

Padecimiento insufrible: Puede ser físico o psíquico, y es aquel sufrimiento de difícil tratamiento carente de perspectiva de mejora.

Pendiente resbaladiza: Es un argumento utilizado frecuentemente por quienes se oponen a la posibilidad de despenalizar la eutanasia solicitada y el suicidio asistido. Hace referencia al riesgo de no poder prevenir la utilización de la eutanasia en situaciones que podrían ser tributarias de otras alternativas o hacerla extensiva a situaciones en las que no sería pertinente. Por ejemplo:

- Casos no previstos en la ley.
- Casos de interpretación demasiado laxa de los criterios de aplicación de la ley.
- Situaciones de presión ambiental en que el paciente se vería abocado a adoptar una opción que no tiene clara.
- Se podría llegar, incluso, a un cambio de paradigma, pasando de ser una forma excepcional de acabar la vida a convertirse en forma habitual de “terapia terminal”.

Principio de autonomía: Se entiende por autonomía la capacidad para escoger libremente, entre diferentes opciones, la forma en que queremos vivir. El ejercicio de esta autonomía, que da un sentido único y genuino a nuestra vida, incluye la forma en que queremos que sea el final. Por lo tanto, cuando se niega la posibilidad de decidir sobre el final de nuestra vida, se priva de autonomía.

Rechazo del tratamiento: Es el derecho reconocido legalmente por el que una persona que sufre una enfermedad expresa, de manera verbal o por escrito, la voluntad de no aceptar una determinada actuación médica.

Sedación terminal: Es la administración de fármacos para conseguir el alivio, imposible de obtener con otras medidas, de un padecimiento físico o psicológico, mediante la disminución suficientemente profunda y previsiblemente irreversible de la conciencia, en un paciente en el que la muerte se prevé muy próxima y con un consentimiento implícito, explícito o delegado.

Suicidio asistido o auxilio al suicidio: Es la acción de una persona, que sufre una enfermedad irreversible, para acabar con su vida, y que cuenta con la ayuda de alguien más que le proporciona los conocimientos y los medios para hacerlo. Cuando la persona que ayuda es el médico, hablamos de suicidio médicamente asistido.

Voluntades anticipadas: Son la expresión de los deseos, prioridades o decisiones de una persona formulados de forma anticipada en previsión de que, en un momento dado, la situación de incapacidad en que se encuentre no le permita manifestarlos. Se trata de una forma de poder continuar ejerciendo el derecho a ser respetado con los valores propios y asegurar que este respeto se mantendrá cuando se presente una situación de mayor vulnerabilidad. El otorgamiento se puede hacer mediante un documento, tal y como prevé la Ley 21/2000 del Parlamento de Cataluña.

3. ARGUMENTOS FILOSÓFICOS SOBRE LA EUTANASIA Y EL SUICIDIO ASISTIDO

Las concepciones sobre la vida, la muerte y las formas de morir han sido diversas a lo largo de la historia en las diferentes culturas y tradiciones que constituyen el legado de la humanidad. Actualmente, aún son vigentes muchas de estas tradiciones y configuran formas de pensar y sensibilidades heterogéneas. Algunas consideraciones históricas pueden ser de ayuda para entender la pluralidad de puntos de vista contemporáneos. Hoy conviven principios y valores que tienen justificaciones, proyecciones y consecuencias diferentes, y conviene saber las razones que hay detrás de cada toma de posición.

Las referencias escritas a una “buena muerte” se encuentran ya en el siglo V a. de C. en autores griegos. El poeta Posidipo, hacia el año 288 a. de C., escribe: “De todo aquello que el hombre desea obtener, no desea nada mejor que una muerte dulce”. Naturalmente, es preciso diferenciar el tema de “la buena muerte” de la cuestión del suicidio. Mientras se puede afirmar una aspiración generalizada del primero en el mundo clásico griego, no puede decirse lo mismo del suicidio. Aristóteles, por ejemplo, lo considera como un crimen contra “la ciudad”, o sea, contra la comunidad; el suicida no demuestra coraje, sino cobardía y desesperación, y hace daño a la sociedad.

Los estoicos, y toda la tradición estoica a lo largo de los siglos, defienden que la vida hay que vivirla con lucidez y dignidad, y cuando faltan estas dos cosas es mejor salir del teatro de la vida. Así, Séneca escribe a Lucilio: “El sabio tiene que vivir tanto como deba, no tanto como pueda”. “Lo mejor que ha ordenado la ley eterna es que nos proporciona una sola forma de entrar en la vida, pero muchas de abandonarla. ¿Tengo que esperar la crueldad de la enfermedad o del hombre, cuando puedo escapar del miedo de la tortura y liberarme de todos mis problemas? Ésta es la única razón por la que no tenemos que lamentar la vida: no sujeta a nadie contra su voluntad.”

El mundo cristiano se enfrenta a los estoicos y reclama la sujeción a la voluntad divina. El ser humano es una criatura de Dios y no puede tomar decisiones contra el designio divino ni contra las leyes de la naturaleza. Pero, admite el sacrificio

voluntario de la vida para testimoniar la fe (mártires) o en las guerras justas, o para salvar a otras personas. La enseñanza de San Agustín¹⁴ y Santo Tomás,¹⁵ como la de otros muchos grandes autores cristianos, es clara en esta línea.

El Renacimiento aporta una nueva sensibilidad a partir del redescubrimiento del mundo clásico. El humanismo renacentista es desarrollado por autores cristianos que ven en él una fuente de renovación y profundización espiritual. En los siglos XVI y XVII hay grandes personalidades morales que adoptan posiciones innovadoras. El primer caso es el de Tomás Moro, quien en su *Utopía* (1516) escribe:

“Como ya dije, [los utópicos] cuidan con el mayor afecto a los enfermos y no se omite nada de lo que pueda contribuir a curarlos, alimentos o medicinas.

14 San Agustín, en *La ciudad de Dios*, libro I, 20, escribe: “[...]vemos que en ninguno de los libros santos y canónicos se dice que Dios nos mande o permita que nos demos la muerte a nosotros mismos, ni aun por conseguir la inmortalidad, ni por excusarnos o liberarnos de cualquiera calamidad o desventura”. Libro I, 21: “[...] no violan este precepto, “no matarás”, los que por orden de Dios declararon guerras o representando la potestad pública y obrando según el imperio de la justicia castigaron a los facinerosos y perversos quitándoles la vida. Por esta causa, Abraham, estando resuelto a sacrificar al hijo único que tenía, no solamente no fue notado de crueldad, sino que fue ensalzado y alabado por su piedad para con Dios, pues aunque, cumpliendo el mandato divino, determinó quitar la vida a Isaac, no efectuó esta acción por ejecutar un hecho pecaminoso, sino por obedecer a los preceptos de Dios [...]”. Libro I, 22: “Todos los que han ejecutado en sus personas muerte voluntaria podrán ser, acaso, dignos de admiración por su grandeza de ánimo, mas no alabados por cuerdos y sabios; aunque si con exactitud consultásemos a la razón (móvil de nuestras acciones), advertiríamos que no debe llamarse grandeza de ánimo cuando uno, no pudiendo sufrir algunas adversidades o pecados de otros, se mata a sí mismo, porque en este caso muestra más claramente su flaqueza [...]”.

15 Santo Tomás, en la *Summa Theologica*, parte II-II, q 64, a5 (Madrid: BAC, 1990, p. 533 y s.), escribe: “Es absolutamente ilícito suicidarse, por tres razones: primera, porque todo ser se ama naturalmente a sí mismo, y a esto se debe el que todo ser se conserve naturalmente en la existencia y resista, cuanto sea capaz, a lo que podría destruirle. Por tal motivo, el que alguien se dé muerte va contra la inclinación natural y contra la caridad por la que uno debe amarse a sí mismo; de ahí que el suicidarse sea siempre pecado mortal por ir contra la ley natural y contra la caridad. Segunda, porque cada parte, en cuanto tal, pertenece al todo; y un hombre cualquiera es parte de la comunidad, y por tanto todo lo que él es pertenece a la sociedad. Por eso el que se suicida hace injuria a la comunidad, como se pone de manifiesto por el Filósofo en V Ethic [se refiere a la Ética de Aristóteles]. Tercera, porque la vida es un don divino dado al hombre y sujeto a su divina potestad, que da la muerte y la vida. Y, por tanto, el que se priva a sí mismo de la vida peca contra Dios, como el que mata a un siervo ajeno peca contra el señor de quien es siervo; o como peca el que se arroga la facultad de juzgar una cosa que no le está encomendada, pues sólo a Dios pertenece el juicio de la muerte y de la vida, según el texto de Dt. 32,39: Yo quitaré la vida y yo haré vivir.[...] Ni es lícito a la mujer darse muerte para no ser violada, ya que no debe cometer un crimen mayor, que es el suicidio, para evitar un delito menor ajeno; pues la mujer violada a la fuerza no peca si no da su consentimiento, porque el cuerpo no se mancha sino por el consentimiento del alma, como dijo Santa Lucía.”

A los que padecen algún mal incurable les consuelan haciéndoles compañía y conversando con ellos, y proporcionándoles todo lo que conduzca a aliviar en lo posible su mal. Si éste no sólo es incurable, sino que aflige al enfermo con incesantes sufrimientos, los sacerdotes y magistrados exhortan al paciente a que, puesto que ya no puede realizar ninguna cosa de provecho en la vida y es una molestia para los otros y para sí mismo, por el hecho de que sobreviva a su propia muerte, no debe alimentar por más tiempo la peste y la infección. Dado que la vida es un tormento para él, que no rechace morir, lleno de esperanza de librarse de una vida acerba cual una cárcel y de un suplicio, o permita de buen grado que otros le libren de ella. Con la muerte no pondrá fin a nada bueno sino sólo a su propio tormento. Y como es ése el consejo de los sacerdotes, intérpretes de la voluntad de Dios, proceder así será obra piadosa y santa. Los que son persuadidos se dejan morir voluntariamente de inanición o se les libra de la vida durante el sueño sin que se den cuenta de ello. Este fin no se impone a nadie y no dejan de prestarse los mayores cuidados a los que rehúsan hacerlo, mas honran a los que así abandonan la vida. Si alguien se diera muerte sin causa reputada válida por los sacerdotes y el Senado, no es considerado digno de la tierra ni del fuego. Su cuerpo, privado ignominiosamente de sepultura, es arrojado a un pantano." (Madrid: Espasa Calpe, 2001, p. 134-135)

Otro autor, Francis Bacon, critica con dureza los métodos tradicionales de investigación del conocimiento y propone un cambio radical a partir del método experimental, que debe suprimir los prejuicios y los supuestos implícitos a cualquier afirmación sobre la realidad. En este contexto, comenta la situación de las diferentes profesiones y se fija en la de los médicos. Considera que la medicina tradicional es inhumana y reclama de los médicos que no sólo se ocupen de recuperar la salud sino que también procuren aliviar el sufrimiento. En su obra de 1605, *The Advancement of Learning*, afirma:

"Incluyo en el oficio de médico no sólo la recuperación de la salud sino también el mitigar el sufrimiento y los dolores; y no sólo cuando tal alivio puede llevar a la recuperación, mas cuando puede servir a proporcionar un salida feliz y fácil." (Oxford: Clarendon Press, 1974, p. 110)

En el siglo XVIII, David Hume formula, de manera clara y precisa, un razonamiento contra la idea de que la muerte voluntaria sea una transgresión grave contra

Dios o contra el prójimo o contra nosotros mismos. Su crítica a los argumentos tradicionales contrarios al suicidio se encuentra en los *Ensayos sobre el suicidio y la inmortalidad del alma*, publicados en Francia en el año 1770 y en Inglaterra en 1777. El texto comienza:

“Tratemos de restituir al hombre su libertad original examinando todos los argumentos comunes contra el suicidio y mostrando que esta acción puede estar libre de toda imputación de culpa o culpabilidad, de acuerdo con los sentimientos de todos los filósofos antiguos.”¹⁶

16 David Hume. De los prejuicios morales y otros ensayos. Madrid: Tecnos, 1998, p. 53 y s.:

“Tratemos de restituir al hombre su libertad original examinando todos los argumentos comunes contra el suicidio y mostrando que esa acción puede estar libre de toda imputación de culpa o culpabilidad, de acuerdo con los sentimientos de todos los filósofos antiguos.

Si el suicidio fuera criminal, debe ser una transgresión de nuestro deber tanto frente a Dios como frente al prójimo o frente a nosotros mismos.

Para probar que el suicidio no es una transgresión de nuestro deber hacia Dios, pueden ser quizás suficientes las siguientes consideraciones. Para gobernar el mundo material, el creador todopoderoso ha establecido leyes generales e inmutables por las cuales todos los cuerpos, desde el planeta más grande a la partícula más pequeña de materia, se mantienen en su propia esfera o función. Para gobernar el mundo animal ha dotado a todas las criaturas vivas con poderes corporales y mentales; con sentidos, pasiones, apetitos, memoria y juicio por los que son impulsados, regidos en el curso de la vida a la que están destinados. Estos dos principios diferentes del mundo material y animal continuamente se invaden uno al otro, y mutuamente retrasan o hacen avanzar sus operaciones. Los poderes de los hombres y de todos los demás animales están restringidos y dirigidos por la naturaleza y las cualidades de los cuerpos que los rodean, y las modificaciones y acciones de estos cuerpos son incesantemente alteradas por la operación de todos los animales. El hombre es detenido a su paso por ríos que surcan la superficie de la tierra; sin embargo, los ríos, cuando son correctamente encauzados, prestan su fuerza al movimiento de las máquinas, que sirven al uso del hombre. Pero, aunque las regiones de los poderes materiales y animales no se pueden mantener enteramente separadas, ninguna discordia o desorden en la creación resulta de aquí; al contrario, de la mezcla, unión y contraste de todos los poderes variados de los cuerpos inanimados y las criaturas vivas surgen esa armonía y proporción sorprendentes que propician el argumento más seguro de la suprema sabiduría.

La providencia de la deidad no se muestra inmediatamente en ninguna operación, sino que gobierna cada cosa por esas leyes generales e inmutables que han sido establecidas desde el principio de los tiempos. Todos los acontecimientos, en un sentido, pueden ser declarados como acciones del todopoderoso; todos proceden de esos poderes con los que ha dotado a sus criaturas. Una casa que se cae por su propio peso no es llevada a la ruina por la providencia más que otra destruida por la mano del hombre, ni son las facultades humanas menos importantes en su construcción que las leyes del movimiento y la gravitación. Cuando las pasiones actúan, cuando el juicio dicta, cuando los miembros obedecen, esto es toda operación de Dios, y sobre tales principios animados, así como sobre los inanimados, ha establecido el gobierno del universo.

[...] ¿Cuál es el significado, entonces, de ese principio según el cual un hombre que, cansado de la vida, y perseguido por el dolor y la pena, valientemente se sobrepone a todos los terrores naturales de la muerte y se escapa de este cruel escenario; según el cual, digo, tal hombre habría provocado la indignación de su creador al invadir el dominio de la divina providencia y perturbar el orden del universo?

¿Debemos afirmar que el todopoderoso se ha reservado para sí de un modo peculiar el disponer de las vidas de los hombres, y no ha subordinado ese hecho, común como otros, a las leyes generales por las que el universo se gobierna? Esto es claramente falso. Las vidas de los hombres dependen de las mismas leyes que las vidas de todos los demás animales, y éstas están sujetas a las leyes generales de la materia y el movimiento. La caída de una torre o una infusión de veneno destruirán a un hombre de la misma manera que a la criatura más miserable. Una inundación arrasa todo lo que, sin distinción, está al alcance de su furia. Puesto que, por tanto, las vidas de los hombres son siempre dependientes de las leyes generales de la materia y del movimiento, ¿es criminal que un hombre disponga de su vida porque en todo caso es criminal invadir estas leyes o poner obstáculos a sus operaciones? Pero esto parece absurdo. Todos los animales son confiados a su propia prudencia y habilidad para su conducta en el mundo, y tienen completa autoridad, tan lejos como su poder se extienda, para alterar todas las operaciones de la naturaleza. Sin el ejercicio de esta autoridad, no podrían subsistir ni un momento. Toda acción, todo movimiento de un hombre cambia el orden de alguna parte de la materia y desvía de su curso ordinario las leyes generales del movimiento. Por tanto, poniendo juntas estas conclusiones, encontramos que la vida humana depende de las leyes generales de la materia, y del movimiento, y que no supone una invasión del dominio de la providencia perturbar o alterar estas leyes generales. ¿No tiene cada cual, en consecuencia, la libre disposición de su propia vida? ¿Y no puede emplear legítimamente ese poder con el que la naturaleza lo ha dotado?

[...]

Si el disponer de la vida humana estuviera reservado al dominio particular del todopoderoso, de tal manera que fuera una invasión de su derecho el que los hombres dispusieran de sus propias vidas, sería tan igualmente criminal actuar por la conservación de la vida como por su destrucción. Si desvío una piedra que está cayendo sobre mi cabeza, perturbo el curso de la naturaleza e invado el dominio particular del todopoderoso al prolongar mi propia vida más allá del tiempo que las leyes generales de la materia y el movimiento le habían asignado.

[...]

Un hombre que se retira de la vida no daña a la sociedad. Sólo cesa de hacer el bien, lo que si fuera un daño, es del tipo más leve.

[...]

Que el suicidio puede a veces ser consistente con el interés y con nuestro deber para con nosotros mismos, no lo puede cuestionar quien admita que la edad, la enfermedad o la desgracia pueden convertir la vida en una carga y hacerla peor incluso que la aniquilación. Creo que nunca nadie despreció la vida mientras merecía la pena mantenerla. Porque es tal nuestro horror natural a la muerte que pequeños motivos nunca nos harán capaces de reconciliarnos con ella. Y, aunque quizás la situación de la salud o la fortuna de un hombre no parezca necesitar este remedio, al menos podemos estar seguros de que cualquiera que, sin razón aparente, haya recurrido a él, estaba marcado con tal incurable depravación o con tal carácter melancólico como para envenenar toda alegría y volverlo tan desgraciado como si hubiera sido cargado con las más dolorosa desdicha."

[También existe otra versión en español: D. Hume. Del suicidio y otros ensayos. Madrid: Alianza, 1988.]

Kant no está de acuerdo con los argumentos de Hume y juzga el suicidio como un mal moral de primer orden porque transgrede el deber necesario hacia uno mismo.¹⁷

El gran estudio empírico y sistemático sobre el suicidio no llegó hasta el final del siglo XIX, merced a E. Durkheim. En su obra *Sobre el suicidio* (1897), lo define como “toda muerte que resulta, mediata o inmediatamente, de un acto, positivo o negativo, realizado por la víctima misma”.¹⁸

17 I. Kant. *Fundamentación de la metafísica de las costumbres* (1785). Trad. de José Mardomingo. Barcelona: Ariel, 1996, p. 189:

“[...] según el concepto de deber necesario hacia sí mismo, quien está dando vueltas a la idea del suicidio se preguntará si su acción puede compadecerse con la idea de la humanidad como un fin en sí misma. Si, para escapar a un estado penoso, se destruye a sí mismo, se sirve de una persona meramente como un medio para la conservación de un estado soportable hasta el fin de la vida. Pero el hombre no es una cosa, y por tanto no es algo que pueda ser usado meramente como medio, sino que tiene que ser considerado siempre en todas nuestras acciones como fin en sí mismo. Así pues, no puedo disponer del hombre en mi persona para mutilarlo, corromperlo o matarlo. (Tengo aquí que soslayar la determinación más precisa de este principio que evite todo malentendido, por ejemplo de la amputación de los miembros para conservarme, o del peligro al que expongo mi vida para conservar mi vida, etc.; esa determinación pertenece a la moral propiamente dicha.)”

18 E. Durkheim. *Sobre el suicidio* (1897). Madrid: Akal, 1982, p. 2-3:

“Entre las diversas especies de muerte hay algunas que presentan el rasgo particular de que son obra de la víctima misma, que resultan de un acto cuyo autor es el paciente; es cierto, por otra parte, que este mismo carácter se encuentra en la base sobre la que se funda comúnmente la idea de suicidio. Poco importa, por lo demás, la naturaleza intrínseca de los actos que producen este resultado. Aunque por regla general nos representemos el suicidio como una acción positiva y violenta que implica cierto empleo de fuerza muscular, puede ocurrir que una actitud puramente negativa o una simple abstención produzcan idéntica consecuencia. Se mata uno lo mismo rehusando alimentarse, que destruyéndose por el hierro o por el fuego, y no es tampoco necesario que el acto producido por el paciente haya sido el antecedente inmediato de la muerte, para que ésta pueda ser considerada como efecto suyo; la relación de causalidad puede ser indirecta, sin que el fenómeno cambie por esto de naturaleza. El iconoclasta que, para conquistar la palma del martirio, comete un crimen de lesa majestad, cuya gravedad conoce, y que sabe que le hará morir a manos del verdugo, es el autor de su propio fin, tanto como si se hubiese dado él mismo el golpe mortal. Por esta razón, no hay por qué clasificar en grupos diferentes estas dos variedades de muertes voluntarias, puesto que no existe más diferencia entre ellas que los detalles materiales de la ejecución. Así llegamos a una primera fórmula: se llama suicidio toda muerte que resulta, mediata o inmediatamente, de un acto, positivo o negativo, realizado por la víctima misma.”

4. LA DIGNIDAD HUMANA COMO FUNDAMENTO DE LA EUTANASIA

Desde la modernidad, y especialmente desde la Ilustración, los conceptos de dignidad humana y de autonomía de la persona se han ido constituyendo como fundamento de las decisiones éticas sobre la vida y la muerte.

Entre otras razones, la eutanasia hoy es objeto de debate público por la autonomía creciente que ha ido adquiriendo el individuo en las sociedades liberales. La dignidad de la vida se vincula a la capacidad de autogobernarse hasta el punto de poder determinar la manera y el momento de morir. No poder decidir la muerte de acuerdo con las convicciones propias equivale a renunciar a un aspecto importante de la dignidad humana.

La eutanasia, en el sentido más literal de la palabra –buena muerte–, es una manera de vincular el proceso de morir con el valor más específico del ser humano, que es la dignidad. Despenalizar la eutanasia sería para muchos una manera de reconocer jurídicamente la dignidad de la persona vinculada a la autonomía, entendiendo ésta como la capacidad de autolegislar y como el derecho de cada cual a ser tratado como un fin y no sólo como un medio (Kant). Desde el Renacimiento (Pico della Mirandola), la dignidad ha sido considerada como la superioridad del ser humano sobre los otros seres vivos, superioridad que radica en la capacidad de “modelarse uno mismo”, o sea, dotar de sentido a la existencia propia, decidir cómo vivir y, por extensión, cómo morir.

No todo el mundo acepta que la dignidad de la vida humana requiera poder determinar cómo morir. A lo largo de la historia, y bajo la influencia de las religiones y las acepciones trascendentes de la vida, los hombres se han atribuido valor o dignidad por causa de su filiación divina u otras. En este caso, la dignidad no deriva del sentido que cada cual construye libremente, sino que está mediatizada por un ser superior y creador o por elementos trascendentes. Como consecuencia, el proceso de morir es visto como un proceso natural que tiene que mantenerse independiente de la voluntad humana.

En estos momentos, en nuestra sociedad, confluyen las dos ideas mencionadas de dignidad humana: la que considera la vida y la muerte dependientes de Dios y

como un proceso natural que la persona no tiene que interrumpir, y la que entiende que la dignidad de la condición humana tiene que incluir la autonomía ante la muerte, cuando la persona considera que la vida humana ha dejado de serlo porque ya no tiene sentido. Son dos concepciones de la dignidad portadoras de valores, igualmente respetables y ampliamente difundidas en la sociedad, que dan lugar a dos actitudes ante la eutanasia, difícilmente reconciliables.

Las sociedades liberales y laicas se caracterizan por no interferir en las creencias de las personas. En un estado social de derecho, es preciso distinguir entre las condiciones de la justicia y lo que se llama la vida buena. Los principios de la justicia obligan a todo el mundo a través del ordenamiento jurídico, mientras que la búsqueda del bien de cada cual es una opción libre que tiene que quedar al margen de las intervenciones del Estado. Si la práctica de la eutanasia se mantiene penalizada, a algunas personas se les priva de la posibilidad de escoger lo que consideraran su bien, mientras que se protegen las creencias del sector que no considera moralmente legítima la disponibilidad de la vida propia.

Disponer de la vida o de la muerte es, en principio, una decisión privada. Ahora bien, la eutanasia se plantea porque la persona gravemente enferma que decide dejar de vivir pide ayuda para hacerlo. La protección del interés de libertad de estos pacientes exige, pues, un apoyo público que autorice la práctica en cuestión. Es de justicia que la dignidad o la libertad de decidir cómo morir sea considerada un bien que es preciso garantizar públicamente. Puesto que existen diferentes concepciones de la dignidad, la despenalización de la eutanasia es la manera de dar paso a todas las opciones (sin obligar a nadie) y reconocer que todo el mundo tiene derecho a llevar a cabo las decisiones más íntimas y personales relacionadas con su noción de dignidad y de autonomía personal.

Sin embargo, es simplista la concepción de la dignidad humana sólo como la capacidad de escoger o de decidir cómo morir. En la reclamación del “derecho a morir dignamente”, es preciso hacer énfasis en el “dignamente”. Se trata de defender la integridad moral y física de la persona, la cual se hace más vulnerable en el proceso de morir, cuando el individuo corre el peligro de deteriorarse física y psíquicamente y perder el control sobre sí mismo. En la sentencia que autorizó la muerte de Karen Quinlan, el fundamento no fue la voluntad de los padres, puesto que la paciente no estaba en condiciones de decidir, sino el argumento de preservar a la persona y su voluntad expresada anteriormente de una

“invasión moral” que amenazaba la integridad de la paciente y afectaba dolorosamente a sus padres.

A diferencia de los otros seres vivos, el hombre “sabe que muere” (Pascal), tiene conciencia de su muerte y de lo que esto significa para su vida. El respeto a su dignidad es un derecho que cada individuo tiene desde el nacimiento por su condición de ser racional; el carácter subjetivo de la dignidad, las formas concretas de comprensión de la dignidad propia se construyen a partir de la historia personal. La conciencia subjetiva de la dignidad radica en el pensamiento, que es la especificidad humana, aunque se pierda de manera temporal o permanente la conciencia y el conocimiento que lo posibilita. Si está en la mano de cada cual diseñar cómo vivir y perfeccionarse, dejar de vivir forma parte también del ideal de perfección. Es la idea de la muerte que llega “en el tiempo debido”, la muerte de acuerdo con la manera de ser de cada cual, la “muerte propia” (Rilke).

No es preciso ocultar que la concepción de la dignidad y la integridad personal tienen un componente subjetivo ineludible. No todo el mundo verá de la misma manera cómo preservar su dignidad ante la muerte. No todo el mundo reacciona igual ante las adversidades. Puesto que hay un componente subjetivo y un peligro de mal uso, la autorización de la eutanasia, entendida como ayuda a morir, requiere de unas condiciones mínimamente objetivables para garantizar una práctica correcta. El Estado no puede negar la libertad reclamada por el paciente, incluso tiene que garantizarla. Pero el paciente tiene que demostrar que la decisión de morir se toma de manera competente, racional, informada, persistente y no coaccionada. La responsabilidad ante la decisión de morir es igualmente una obligación hacia la dignidad.

En la resolución de la cuestión de la eutanasia es preciso conjugar dos intereses que a veces se han presentado como contrapuestos:

- a) la voluntad de la persona de tomar decisiones libres y coherentes con sus convicciones sobre el valor de la vida;
- b) la obligación constitucional de proteger la vida de las personas en situación vulnerable.

La mejor manera de hacer converger estos intereses y hacerlos totalmente compatibles no es sólo despenalizando la ayuda al suicidio y poniendo al alcance de los ciudadanos las condiciones para poder disponer de la propia vida, sino también

asegurando las condiciones necesarias para respetar la dignidad de las personas a lo largo de toda su vida. Dicho de otra manera, es preciso asegurar un equilibrio entre los derechos fundamentales a la vida, a la dignidad y a la libertad, para hacerlos compatibles.

5. PRINCIPIOS Y DERECHOS FUNDAMENTALES

5.1. El derecho a la vida

Uno de los pocos principios morales universalmente reconocidos es el que establece el respeto a la vida humana, y del que se derivan el derecho a la vida y diferentes deberes, como por ejemplo la promoción y protección de la vida y de la salud, la no maleficencia y el desarrollo de las condiciones físicas, psíquicas, sociales y legales coherentes con estos deberes.

La vida de cada ser humano tiene un valor en sí misma y un valor simbólico por su pertenencia a la humanidad, una comunidad de individuos que se caracteriza por la capacidad y la necesidad de comunicación y de construcción de símbolos, los cuales configuran su forma de ser, no de manera abstracta y superficial sino sustantiva, porque son interiorizados mediante lenguajes, experiencias, sentimientos, ritos, creencias, etc., constituyendo la personalidad singular de cada cual. La vida de cada persona está hecha de fenómenos biológicos, neurofisiológicos y mentales, en un proceso de experiencias históricas que configuran una manera de ser, de sentir y de pensar. Cuando se habla de los deberes derivados del principio del respeto a la vida se debe tener en cuenta esta especificidad del ser humano y sus necesidades de reconocimiento y de esperanza.

Es por ello que la Constitución española de 1978, cuando empieza hablando de los derechos y deberes fundamentales se refiere primero (artículo 10) a la dignidad de la persona y después al derecho a la vida en su dimensión física y moral (integradora de los diversos aspectos que constituyen su personalidad). El artículo 15 especifica que “todos tienen derecho a la vida y a la integridad física y moral, sin que, en ningún caso, puedan ser sometidos a tortura ni a penas o tratos inhumanos o degradantes”. Además del respeto a la integridad física, es preciso subrayar el respeto a la integridad moral, o sea, a su existencia como persona concreta, con convicciones, intereses y objetivos de vida, aunque no coincidan con los mayoritarios o sean incluso opuestos a éstos.

El respeto a la integridad moral implica no menospreciar a las personas por sus ideas y creencias religiosas, ni por el hecho de no tenerlas, así como reconocer el especial significado de su existencia singular, más allá de los modos de vida que

adopte. Este respeto a la integridad moral materializa el principio de respeto a la dignidad de la persona, que es inseparable del principio de respeto a la vida humana y de su capacidad específica de actuar de forma libre y autónoma. Por ello, la Constitución introduce a continuación (artículo 16) el derecho a la “libertad ideológica, religiosa y de culto de los individuos y de las comunidades sin más limitación en sus manifestaciones que la necesaria para el mantenimiento del orden público protegido por la ley”.¹⁹

5.2. El principio de dignidad de la persona

El artículo 10.1 de la Constitución española establece la dignidad de la persona como fundamento del orden político y de la paz social. “La dignidad de la persona, los derechos inviolables que le son inherentes, el libre desarrollo de la personalidad, el respeto a la ley y a los derechos de los otros son fundamento del orden político y de la paz social.”

Entre los pensadores que han tratado de forma sistemática el sentido y las implicaciones éticas y jurídicas de la dignidad humana destacan Kant y C.S. Nino por la claridad de sus posiciones.

Kant define la dignidad humana de la manera siguiente: “en el ámbito de las finalidades todo tiene o un *precio* o una *dignidad*. En el lugar de aquello que tiene pre-

19 Sobre la terminología aquí utilizada: los principios morales universales fundamentan los derechos; los derechos fundamentales han alcanzado concreciones históricas en las declaraciones de derechos humanos de 1789 (Declaración del hombre y del ciudadano) y 1948 (Naciones Unidas), y las constituciones de los estados democráticos de derecho que reconocen los derechos humanos. Los derechos constitucionales españoles son los derechos fundamentales definidos en la Constitución española de 1978.

La Declaración de las Naciones Unidas establece en un mismo artículo (3) que “todo individuo tiene derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona”, poniendo de manifiesto la relación estrecha de estos derechos. El artículo 12 especifica más: “Nadie será objeto de injerencias arbitrarias en su vida privada, su familia, su domicilio o su correspondencia, ni de ataques a su honor o a su reputación. Toda persona tiene derecho a la protección de la ley contra estas injerencias o ataques”.

Existen diversas formulaciones de principios morales universales y las definiciones varían según los autores. Carlos Santiago Nino, uno de los mejores investigadores de la relación entre moral y derecho, parte de tres principios morales (“de la combinación de los cuales derivan los derechos humanos fundamentales”): principio de autonomía, principio de inviolabilidad y principio de dignidad; la vida es el requisito previo de existencia del sujeto moral. (Carlos Santiago Nino. *Ética y derechos humanos*. Un ensayo de fundamentación. Barcelona: Ariel, 1989.)

cio se puede poner otra cosa como *equivalente*; en cambio, aquello que se encuentra por encima de todo precio y, por tanto, no admite nada equivalente, tiene *dignidad*. Aquello que se refiere a las inclinaciones universales y necesidades humanas tiene un *precio de mercado*; aquello que, también sin presuponer necesidades, es conforme a cierto gusto, o sea, a una complacencia en el puro juego, sin ninguna finalidad, de nuestras facultades anímicas, tiene un *precio afectivo*; pero aquello que constituye la condición única bajo la cual algo puede ser fin en sí mismo no tiene meramente un valor relativo, o sea, un precio, sino un valor interior, esto es, *dignidad*".²⁰

Para nuestro contemporáneo C.S. Nino, el principio de dignidad de la persona prescribe que los hombres tienen que ser tratados según sus decisiones, intenciones o manifestaciones de consentimiento.²¹ Nuestra dignidad como personas es menospreciada no sólo cuando nuestras decisiones son asimiladas, por ejemplo, a enfermedades, sino también cuando pasa esto con nuestras creencias y las opiniones que las expresan. Cuando alguien considera unas u otras como objeto de tratamiento y no las pone al mismo nivel que sus creencias propias y decisiones, por las que adopta esta actitud hacia nosotros, sentimos que no nos trata como a iguales al negarnos el estatus moral que nos distingue a él y a nosotros de las otras cosas que pueblan el mundo.²²

En consecuencia, a pesar de que la dignidad es un valor intrínseco a la vida humana como tal, la percepción que cada cual tiene de su dignidad propia puede variar a lo largo de la vida y de las diferentes situaciones en que se encuentra cada persona. Es posible también que unas condiciones aparentemente similares provoquen reacciones diversas en las personas que las sufren, las cuales pueden ver más o menos afectada la dignidad de su vida personal hasta el punto de encontrarla insoportable. El derecho fundamental a la dignidad es inalienable e implica no sólo la aceptación de la percepción subjetiva de cada cual, sino la obligación por parte de los otros de reconocer y respetar los diferentes puntos de vista. De esta manera, la dignidad aparece como una expresión de la libertad individual por la

20 I. Kant. Fundamentación de la metafísica de las costumbres. Barcelona: Ariel, 1996: 199-201.

21 Carlos Santiago Nino. Ética y derechos humanos. Un ensayo de fundamentación. Barcelona: Ariel, 1989: 287.

22 C.S. Nino, *op. cit.*: 289.

que, en un momento determinado, una persona puede decidir dejar de vivir porque entiende que vive en unas condiciones indignas. Al mismo tiempo, es imprescindible que la decisión de esta persona sobre su dignidad sea respetada por los demás incluso en el caso de que la juzguen incomprensible.

Esta concepción de la dignidad permite enlazar el derecho a la vida y el principio de autonomía o el derecho de cada persona a decidir libremente hasta disponer de su vida. Es cuando la persona decide que su vida deja de tener la dignidad que merece cualquier vida humana, y que, para ser coherente con el derecho a la dignidad, decide libremente dejar de vivir. En este caso, no se niega el valor de la vida, sino de esa vida vivida en circunstancias que la hacen inhumana y contradictoria.

5.3. El principio de autonomía. Disponibilidad de la propia vida

Hay una noción de autonomía que se define positivamente como la capacidad de autogobierno, de autogestión de la propia vida (capacidad de pensamiento, autorreflexión, concreción de objetivos y medios, toma de decisiones, etc.); y otra definición, en sentido negativo, como el derecho que tiene toda persona a que otros individuos o instituciones no interfieran en sus decisiones y actuaciones (siempre y cuando no haga daño a terceros).

Aunque los referentes modernos ineludibles son Kant y John Stuart Mill, conviene recordar que el concepto de libertad de los griegos antiguos se asociaba al concepto de persona reconocida como ciudadano con pleno derecho y completa capacidad de actuar en todos los ámbitos de la vida (contrariamente a lo que pasaba con las mujeres, los niños y los esclavos, que dependían del señor de la casa, porque no tenían este reconocimiento). La concepción moderna de libertad universaliza estos derechos porque se basa en un concepto de persona con atributos universales, fundamentado en consideraciones naturales (“el hombre –en sentido genérico– es por naturaleza libre e igual”), antropológicas y formales (universalidad de la capacidad de pensar, de autolegislarse, de establecer pactos sociales y desarrollar la cooperación), gracias al camino abierto por las ideas cristianas de la igualdad de todos los seres humanos.

El derecho fundamental a la libertad adquiere fuerza política y reconocimiento legal a partir del siglo XVIII. La Constitución española lo garantiza en el artículo

17: “Toda persona tiene derecho a la libertad y a la seguridad. Nadie puede ser privado de su libertad [...].”

La discusión en nuestro contexto se centra en la cuestión de si hay un derecho fundamental a la disponibilidad de la propia vida sin límites o, dicho de otra manera, si esta disponibilidad puede ir más allá del hecho de escoger entre las diferentes formas de vida y tiene que incluir el tiempo de la muerte y la forma de morir. Se han dado respuestas diferentes según las distintas concepciones de la vida y de la muerte, como se ha mostrado en párrafos anteriores. Generalmente, el derecho ha adoptado posiciones paternalistas, y ha prohibido la disposición libre del tiempo y la forma de morir por parte de los propios sujetos (no de otros agentes sociales, como ocurre en la pena de muerte, los actos de servicio, las inmolaciones por una causa, etc.).

Si se tienen en cuenta los principios morales fundamentales en su relación interna, no se puede separar el respeto a la dimensión física y moral de la persona del conjunto de creencias que configuran su conciencia subjetiva de dignidad, así como de las decisiones que se derivan y que la persona debe poder adoptar de forma autónoma. Desde esta perspectiva, las instituciones sociales no pueden prohibir las concepciones de dignidad que implican tomar decisiones sobre el tiempo y la forma de morir.

Los límites de los derechos derivados de estos principios tienen que justificarse, y no viceversa. Las dudas sobre la competencia de una persona, la posibilidad de ser dependiente de otras voluntades, la vulnerabilidad de las personas en muchos aspectos y en diversas circunstancias, aconsejan ser especialmente cuidadosos en la atención a los enfermos y a las personas que piden ayuda para morir, y ciertamente se deben establecer precauciones y garantías.

5.4. ¿Qué significa “muerte digna”?

Pese a la intensidad de los cambios y de las transformaciones (las identidades personales no son estáticas), la vida de las personas requiere una cierta coherencia que llega hasta el momento de la muerte. Morir dignamente implica poder acabar la vida de acuerdo con ese hilo de coherencia que ha atado el cuerpo, el pensamiento, la memoria, las creencias y el hacer de cada día con la gente del entorno. La singularidad de la dignidad y la voluntad de cada cual debe ser reconocida especialmente en el proceso de morir.

En este proceso, la persona necesita un acompañamiento respetuoso y amical que la ayude de manera efectiva a actuar según su sentido de dignidad. La esperanza de poder contar con un soporte así conforta y permite esperar el fin de la vida con un sentimiento de paz. Es éste un deseo ampliamente expresado; en el libro de los autores cristianos Hans Küng y Walter Jens, *Morir con dignidad. Un alegato a favor de la responsabilidad*, podemos leer:

“Millones de hombres y mujeres, como Hans Küng y yo mismo, se ocuparían con más tranquilidad de sus quehaceres si supiesen que llegado el momento contarían con un médico a su lado. No digo un especialista; un médico de cabecera como el doctor Max Schur, uno de los seres más admirables del presente siglo, que no dudó en administrar a su amigo Sigmund Freud la dosis mortal de morfina. Bien es verdad que sólo después de muchas operaciones sufridas con un coraje sin igual y de muchos padecimientos soportados con plena conciencia, el enfermo que estaba a su cuidado recordó a su médico de cabecera el 21 de septiembre de 1939 el pacto que habían hecho Freud y Schur cuando se manifestó por primera vez el carcinoma que destruía la pared que media entre boca y nariz: «Recordará, querido Schur, aquella primera conversación nuestra. Entonces me prometió que no me dejaría en la estacada cuando llegase el momento. Esto es ya pura tortura y no tiene ningún sentido».

Si confiásemos que cada uno de nosotros contara con mujeres como Gertrude Postma y hombres como Timothy Quill o Max Schur, médicos que, cuando se quitan las batas blancas, a última hora de la tarde hablan con personas, no con pacientes, les dejan participar en sus planes, responden a la pregunta “¿qué haría usted en mi situación, dígamelo honradamente?” y al final consultan con el médico de cabecera, el que conoce bien al enfermo que muere y puede apreciar lo que hoy o mañana será soportable para él y para sus familiares, porque el enfermo desea que le recuerden como un ser humano personal y autónomo, no como un ser despojado de toda dignidad, desfigurado y destruido, cuya lamentable imagen haga olvidar lo que había sido... viviríamos menos preocupados con la certeza: también tú contarás con una Gertrude Postma, que caritativamente liberó a su madre de padecimientos insoportables; también tú puedes hacer un pacto con un hombre tan humano y lleno de coraje como Max Schur.

Se viviría ciertamente mejor con esta certeza. La fe infantil de que uno mismo es inmortal, anclada en el inconsciente profundo, perdería poder. Por el contrario, el pensamiento de que la dignidad de los seres humanos está constituida por el hecho de ser finitos y poder morir podría ser el lema de nuestra sociedad, junto con la afirmación de que «todo hombre tiene derecho a no sufrir».²³

La dignidad humana debe ser especialmente reconocida en las formas de entender y de vivir el hecho de su finitud y su vulnerabilidad, así como en la lucha contra el sufrimiento innecesario.

²³ Hans Küng y Walter Jens. Morir con dignidad. Un alegato en favor de la responsabilidad. Madrid: Trotta, 1997: 82-83.

6. LA VOLUNTAD DEL PACIENTE DE ESCOGER LIBREMENTE Y LA OBLIGACIÓN CONSTITUCIONAL DE PROTEGER A LAS PERSONAS

En una cultura democrática que se quiere fundamentar en la Declaración Universal de los Derechos Humanos, la igualdad, la dignidad y la libertad son las vigas maestras que sostienen todo el conjunto. Una sociedad de ciudadanos iguales y libres no puede dejar de ser plural y abierta, de tal manera que los derechos individuales básicos tienen que ser siempre reconocidos y merecedores de todo el respeto. Las ideas e ideologías varias, por consiguiente, nunca pueden imponerse a las personas. Es preciso distinguir entre aquellos valores o principios universalizables y que tienen que formar parte de una moral mínima aceptable para todo el mundo, de las maneras de entender e interpretar estos mismos valores, que pueden ser diferentes y singulares. El valor de la vida es universalizable, pero no tiene un sentido absoluto ni una sola interpretación, la cual depende de circunstancias particulares y subjetivas. A pesar de que aceptemos que la vida y la salud son valores fundamentales, debemos respetar al mismo tiempo el hecho de que no todo el mundo los considera siempre como valores prioritarios. Una cosa es proclamar y promover el derecho de todos a la salud y a la vida, y cosa bien distinta sería que se quisieran imponer estos derechos. Los derechos provienen de la igualdad y no los podemos imponer, sólo podemos garantizarlos y sancionar a aquellos que nos intenten impedir ejercerlos.

De la consideración y defensa de la igualdad en autonomía y dignidad se deriva la aceptación de que cualquier persona pueda hacer de su vida aquello que considere más conveniente mientras no perjudique a los otros. Sólo pondremos en cuestión la afirmación anterior cuando se trate de personas que no tengan todo el entendimiento o lo hayan perdido de manera temporal o definitiva, y esta precaución proviene, justamente, de la determinación de que nadie se pueda aprovechar de nadie o quiera imponer las propias convicciones y creencias. La sociedad democrática debe poner los instrumentos para evitar que aquellos que son débiles o están debilitados puedan ser manipulados y utilizados para atender los intereses de otras personas.

Se es libre cuando hay entendimiento suficiente y la voluntad no está dañada por la necesidad. En estas circunstancias, se entiende que se está en condiciones de decidir sobre la propia vida sin que nadie lo pueda impedir. Es por ello que el suicidio está despenalizado en una sociedad de iguales y libres.

7. LA EXPRESIÓN DE LA VOLUNTAD

Las dos formas para regular la expresión de la voluntad en el ámbito sanitario son el consentimiento informado y las voluntades anticipadas.

7.1. El consentimiento informado

El consentimiento que debe dar todo paciente para que se pueda intervenir médicamente después de haber recibido una información completa y adecuada de su estado clínico, se ha convertido en una práctica general en nuestra sociedad. La Ley General de Sanidad del año 1986 ya sancionaba este derecho inalienable que hoy regula la Ley básica 41/2002, de 14 de noviembre, sobre la autonomía del paciente y sobre derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, y la Ley del Parlamento de Cataluña 21/2000, de 29 de diciembre, sobre los derechos de información concernientes a la salud y la autonomía del paciente y a la documentación clínica.

Toda persona competente tiene el derecho de rechazar cualquier tratamiento médico aunque la propia vida esté en peligro. Este derecho, que consideramos fundamental, comporta tener que aceptar que un paciente en una situación de enfermedad terminal decida que hay que suspender cualquier medicación que le pueda mantener vivo, de forma que la decisión de morir debe respetarse. Así, en una situación como la descrita, el médico sólo puede intervenir para evitar el dolor y el sufrimiento del enfermo, y debe abstenerse de prescribir cualquier actuación que prolongue la vida.

El derecho de consentir o de no hacerlo se está convirtiendo en un elemento de una gran fuerza en la relación clínica, porque el respeto a la decisión de gobernarse y ser libre cuando se es competente no se puede contradecir en aras de las ideas. Eso es lo que sucede en la práctica clínica cuando el médico tiene que obedecer la determinación de un paciente competente de que no se le haga una transfusión de sangre. El paciente puede denegar el permiso en nombre de una determinada constelación ideológica, religiosa en este caso, o sin dar ningún tipo de explicaciones, porque el derecho a consentir o no consentir no comporta que se tengan que

dar explicaciones. Por consiguiente, el paciente puede rehusar todo tipo de tratamiento aunque de este comportamiento se derive la pérdida de la vida, y es por ello que desde la introducción del consentimiento informado no podemos hablar más de la mal llamada “eutanasia pasiva”. Es obvio que la eutanasia siempre debe ser solicitada.

7.2. El enfermo en situación de incompetencia

Se considera que una persona se encuentra en una situación de incompetencia ante un problema cuando no es capaz de comprenderlo bien ni de adoptar ante él una decisión coherente con sus valores e intereses propios. La competencia clínica se llama también “capacidad de hecho” e incluye comprender la información, poder razonar y hablar, calibrar lo que está en juego y responsabilizarse de las consecuencias. Cuanto más complicada sea la decisión a tomar y más graves sean sus consecuencias, más necesaria es la manifestación de la competencia. Un incapaz legal puede ser competente para muchas decisiones clínicas que le correspondan, y una persona adulta y aparentemente consciente puede estar en situación de incompetencia, esporádica o permanente, debido a diversos factores.

Lo que nos ocupa en este informe comporta decisiones graves, y por lo tanto el criterio de competencia puede ser a menudo estricto y exigente. Está claro que hay situaciones claramente terminales e intratables que se acompañan de un sufrimiento tan evidente que no es preciso mucha indagación para atender la demanda de ayuda a morir. Pero, en otros, la demanda puede parecer más irracional intelectualmente y emocionalmente, y entonces puede ser pertinente una investigación más esmerada sobre el grado de competencia del enfermo. A la crítica de que en estos últimos casos la autonomía del paciente puede verse disminuida, o cuando menos puesta en tela de juicio, hay que contestar que también es una obligación detectar estas situaciones para ayudar a recuperar la competencia y evitar errores irreversibles.

En caso de incompetencia, las decisiones se tienen que tomar por representación. Pero el documento de voluntades anticipadas (DVA) nos puede procurar una orientación más o menos nítida de los valores y voluntades a respetar, de las directrices a seguir, o bien del representante nombrado a quien informar y con quien decidir actuaciones o inhibiciones concretas.

7.3. Las voluntades anticipadas

Si nos tomamos seriamente el respeto a la voluntad del enfermo, evidentemente tenemos que tener en cuenta las voluntades anticipadas manifestadas de forma clara y en previsión de una situación de incompetencia futura. Así, la voluntad anticipada, aunque verbal, es una previsión a considerar en las decisiones que se tendrán que adoptar con los enfermos que han confiado en ellas. Pero resulta útil que, cuando se manifieste, quede consignada en un documento de manera fehaciente, y en la historia clínica, para evitar interpretaciones equívocas y dar más seguridad al proceso.

Precisamente, la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, y la Ley 21/2000, de 29 de diciembre, sobre los derechos de información concernientes a la salud y la autonomía del paciente y la documentación clínica, del Parlamento de Cataluña, garantizan el derecho a formular y a seguir *una voluntad con anticipación* que esté plasmada en un documento, lo cual ya recomendaba el artículo 9 del Convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con relación a las aplicaciones de la biología y la medicina del Consejo de Europa, aprobado en Oviedo el 4 de abril de 1997.

Queda claro que la voluntad anticipada no puede obligar a actuaciones contrarias a la ley, pero sí obliga a respetar la no instauración de algunos tratamientos o a suprimirlos si han sido iniciados. Es lo que puede ocurrir en casos de demencia: una persona puede establecer y exigir que se respete la voluntad de no aceptar medicamentos, ni nutrición enteral o parenteral, incluso de no aceptar tratamiento antibiótico en caso de infección, cuando la demencia esté avanzada. Es recomendable que este tipo de previsión se haga con la ayuda del médico, o que se renueve con él cuando ya se conoce la enfermedad que probablemente será causa de la muerte, para estar lo más adaptada posible a la realidad.

Pero es preciso decir que, en el caso de que se llegase a la despenalización de la eutanasia, y por tanto ya no se tratase de una conducta contraria a la ley, la demanda de eutanasia en un documento de voluntades anticipadas sería válida y tendría que ser prevista.

8. ASPECTOS LEGALES

8.1. Reflexiones a la luz de la Constitución española

Cuando se analizan las diferentes sentencias que ha habido en el Estado español en relación con la disponibilidad de la propia vida, parece ser que hay un razonamiento común en reconocer, cada vez más, un cierto derecho a la autonomía personal, pero siempre se acaba imponiendo el argumento de la pendiente resbaladiza para no permitir el suicidio asistido o para limitar el ejercicio hasta el final de esta autonomía. A veces, el Estado ha adoptado unos planteamientos discutibles, y se ha atribuido un papel de tutela activa cuando los actos de disposición surgían en un contexto de relaciones jurídicas llamadas de sujeción especial. Éste es el caso resuelto por el Tribunal Constitucional con motivo de los recursos promovidos por los presos del GRAPO en huelga de hambre. Se ha argumentado que la despenalización puede provocar una pendiente resbaladiza; sin embargo, esta argumentación no está fundamentada en hechos ni en datos contrastados.

Los distintos pronunciamientos del Tribunal Constitucional en materia de autonomía personal (si bien es cierto que no tienen en cuenta el valor en el que se sustenta esta autonomía personal, y en cambio sí pueden servir como argumento de peso para aquellos que declaran, apriorísticamente, cualquier iniciativa despenalizadora de la eutanasia como inconstitucional) no pueden convertirse en un obstáculo insuperable. No deben impedir, en primer lugar, abrir el debate moral, ético y cívico, político y jurídico, que propugnamos, y tampoco que el legislador democrático pueda abrir la vía de una regulación justificada, a partir de la idea de dignidad, de comportamientos eutanásicos en el marco del sistema sanitario para enfermos que sufren y que son plenamente competentes en el momento de manifestar la voluntad de acortar su vida. Y ello por la dimensión fundacional de la Constitución y por la función que cumple la jurisprudencia constitucional, como *longa manu* de su desarrollo.

El carácter fundamental de la norma suprema no implica, por exigencias democráticas elementales, una configuración estática del sistema jurídico. Como de manera convincente expone Dworkin, la Constitución utiliza conceptos que sirven para que cumpla la doble función, prescriptiva y comunicativa, que le corresponde, pero no identifica, de manera cerrada y excluyendo concepciones origina-

listas, que impidan toda forma de desarrollo o *aggiornamento* del modelo. En palabras de Zagrebelsky, ya no es desde la Constitución desde donde se puede mirar la realidad, sino que es desde la realidad desde donde es preciso mirar la Constitución. Ésta no tiene la función de establecer directamente un proyecto determinado de vida en común, sino la de permitir las condiciones de “posibilidad” de este proyecto. La Constitución pluralista tiene que dejar un espacio a la política constitucional. Son los agentes del poder (Parlamento, grupos sociales, partidos políticos, opinión pública) los comisionados por la Constitución para activar las concepciones vigentes en un momento social y político determinado, con el objetivo esencial, entre otros, de no convertirse en un instrumento tiránico y antidemocrático que pueda llegar a comprometer el desarrollo.

Precisamente, lo más propio y característico de las formulaciones constitucionales pluralistas y abiertas reside en su elasticidad, en su capacidad autotransformadora y supletoria para la investigación de nuevas soluciones, a partir de la proyección de los valores en que se basa. Éstos no pueden ser otros que los valores de justicia, igualdad, libertad y pluralismo político, efectivamente vividos por la comunidad en un sentido integrativo amplio; valores que son los que, finalmente, fundamentan la legitimidad de la Constitución.

Una constitución pluralista, por esencia, no puede cerrar la puerta al debate sobre los valores, a la actualización del alcance de la libertad, de la autonomía, a las exigencias de nuevos objetivos de dignificación, de progreso, al ejercicio efectivo de los derechos y las libertades públicas. La Constitución no puede dar la espalda a la sociedad de la cual recibe, de alguna manera, sus propios contenidos. La Constitución no puede servir de trinchera o de baluarte de aquellos que, desde una concepción reductora del pluralismo, limitan la esfera de aquello que se puede decidir a aquello que coincide con ideologías que se presentan formalmente como mayoritarias. La indeterminación prescriptiva de la Constitución hace que una parte esencial de su contenido se presente indeterminada, bajo cláusulas de textura abierta; pero eso, lejos de constituir un defecto, es la precondition esencial para desarrollar las funciones para las cuales fue aprobada en un momento histórico determinado y por una sociedad determinada.

La Constitución no puede ofrecer soluciones cerradas e inmutables, ya que dejaría de cumplir la función esencial a la que sirve, que es posibilitar la convivencia de todos los ciudadanos como iguales morales y la efectividad de sus derechos.

La interacción de sociedad, valores y constitución es lo que permite su desarrollo, y es también lo que explica la evolución propia de la jurisprudencia constitucional en tantas materias. Cambios que no son contradicciones, sino transformaciones exigidas por el carácter dinámico de los conflictos y por las necesidades consiguientes de extraer soluciones del texto constitucional, a partir de una lectura plural, integradora y abierta.

Estamos convencidos de que el Tribunal Constitucional, hoy, tal vez no decidiría lo que dictaminó en las sentencias 120/90 y 121/90, o al menos lo justificaría de manera muy diferente, dando la deferencia al derecho a la autonomía que no supo reconocer o dar en aquel momento.

Un debate social, desde los valores constitucionales, abierto, deliberativo, serio, discursivo, plural, fundado, sobre las necesidades de reconocer un espacio justificativo en el ordenamiento jurídico a la posibilidad de disponer de la propia vida en determinadas circunstancias, constituye un instrumento decisivo de participación en el desarrollo constitucional que difícilmente puede ser rehuido, en consideración a decisiones interpretativas adoptadas en momentos históricos o temporales lejanos.

Las experiencias constitucionales comparadas permiten observar cómo los tribunales encargados de la interpretación de la Constitución han ampliado el espacio de los derechos reconocidos, de forma contradictoriamente diacrónica, y han posibilitado su enriquecimiento. La experiencia norteamericana es especialmente valiosa. Mientras que en el año 1987 el Tribunal Supremo mantuvo viva la legislación racista bajo la fórmula “de iguales pero separados”, en el año 1954, en el “caso Brown”, afirmó la incompatibilidad de las políticas segregacionistas, basadas en su doctrina anterior, con las exigencias derivadas de la enmienda 14, hecho que provocó una de las revoluciones jurídicas y cívicas más transformadoras de la sociedad americana. De igual manera, mientras que en el año 1986 se afirmó la contabilidad constitucional de las reglas penalizadoras de la homosexualidad en el Estado de Georgia, en el año 2003 la resolución del “caso Lawrence contra Texas” se separó radicalmente de aquel precedente y proclamó que el castigo de las prácticas homosexuales en el espacio de privacidad desconocía de forma nuclear las exigencias derivadas de las enmiendas 4 y 14.

La Constitución vive, esencialmente, de la interpretación, y ésta, a la vez, de la necesidad de dar respuestas a cuestiones planteadas por la sociedad en el ejercicio de sus derechos civiles de participación.

8.2. La legislación en España

Tanto la eutanasia como la ayuda al suicidio están penalizadas en España en el artículo 143 del Código penal, en un capítulo dedicado al homicidio y sus distintas formas.

“Artículo 143:

1. El que induzca al suicidio de otro será castigado con la pena de prisión de cuatro a ocho años.
2. Se impondrá la pena de prisión de dos a cinco años al que coopere con actos necesarios al suicidio de una persona.
3. Será castigado con la pena de prisión de seis a diez años si la cooperación llegara hasta el punto de ejecutar la muerte.
4. El que causare o cooperare activamente con actos necesarios y directos a la muerte de otro, por la petición expresa, seria e inequívoca de éste, en el caso de que la víctima sufriera una enfermedad grave que conduciría necesariamente a su muerte, o que produjera graves padecimientos permanentes y difíciles de soportar, será castigado con la pena inferior en uno o dos grados a las señaladas en los números 2 y 3 de este artículo.”

Pese a que no se refiere explícitamente al término “eutanasia”, este tipo de conducta, así como el auxilio al suicidio en el contexto de enfermedad y padecimiento insoportable, estarían específicamente regulados en el art. 143.4. Es preciso decir, pero, que a diferencia del Código penal anterior, el legislador democrático reconoció la existencia de un conflicto y, en el caso del homicidio por compasión, estableció una respuesta punitiva más leve que el texto anterior, donde se castigaba con penas de hasta 20 años de cárcel.

Aun así, entendemos que hay ciertas y constitucionalmente posibles opciones ponderativas, entre las que no se puede descartar aquélla que representaría excluir del ámbito penal las conductas eutanásicas que puedan ser valoradas como una respuesta razonable y controlable frente a una petición seria formulada por una persona competente, que sufre de forma intensa y que plantea esta demanda en el marco de un proyecto de dignidad de vida que pasa precisamente por acortar su proceso biológico vital. Por lo tanto, una posible despenalización bien regu-

lada de la eutanasia y del suicidio asistido podría perfectamente encuadrarse en el ordenamiento constitucional vigente.

8.3. La situación en otros países

Holanda

Holanda aprobó en el año 2001 la Ley de comprobación de la finalización de la vida a petición propia y del auxilio al suicidio, que entró en vigor el 1 de abril de 2002. La Ley considera eutanasia toda intervención directa y eficaz del médico para causar la muerte del paciente que sufre una enfermedad irreversible o que se encuentra en fase terminal y con padecimiento insoportable, a petición expresa de éste. En el artículo 2 de la Ley se establecen una serie de requisitos de diligencia que, si se cumplen, no hacen punible la práctica de la eutanasia. Son los siguientes:

- Que la persona objeto de la eutanasia o auxilio al suicidio sea residente en Holanda.
- Que el médico esté convencido de que la petición es voluntaria, está bien meditada y expresa los deseos del enfermo, o sea, que es plenamente capaz y se ha reiterado en su voluntad. Ésta puede haber sido manifestada en un documento de voluntades anticipadas.
- Que se constate un padecimiento insoportable y sin esperanzas de mejora.
- Que se haya informado al paciente de su situación y de las perspectivas de futuro.
- Que se haya consultado a otro facultativo y que éste haya corroborado el cumplimiento de los requisitos. En caso de sufrimiento psicológico se tienen que consultar dos médicos. Los médicos consultores tienen que ver al enfermo y elaborar un informe por escrito sobre la situación.
- Que la realización de la eutanasia o auxilio al suicidio se haga con el máximo cuidado y profesionalidad.

Se excluyen del concepto de eutanasia:

- La conducta activa para causar la muerte de enfermos comatosos y recién nacidos, ya que no pueden expresar su voluntad de morir.

- La administración de una medicación analgésica para evitar o mitigar el padecimiento, pese a que ésta acelere la muerte.
- La supresión o el no inicio de tratamientos que no tienen una finalidad terapéutica sino sólo paliativa.

Siempre y cuando se cumplan los requisitos anteriores, el médico podrá atender la petición de morir de:

- Mayores de 18 años plenamente conscientes o que hayan expresado voluntades anticipadas.
- Menores entre 16 y 18 años plenamente conscientes o con voluntades anticipadas si los padres o tutores han participado en el proceso de decisión.
- Menores entre 12 y 16 años, con madurez suficiente, si los padres o tutores están de acuerdo con la decisión del menor.

El artículo 20 de la Ley establece cómo se modifica el Código penal holandés:

Art. 293: El que disponga de la vida de otro, respondiendo a una petición seria y explícita de éste, será castigado con pena de cárcel de hasta 12 años y multa.

No será punible si la acción la ha llevado a cabo un médico cumpliendo los requisitos del artículo 2 de la Ley de comprobación de la finalización de la vida a petición propia y del auxilio al suicidio, y esto lo ha comunicado al forense municipal.

Art. 294: Aquel que intencionadamente induzca a otro al suicidio, le preste auxilio o le facilite los medios necesarios para hacerlo, si el suicidio se consuma, será castigado con pena de cárcel de hasta tres años y multa.

No será castigado si la ayuda es prestada por un médico cumpliendo los requisitos del artículo 2 de la Ley de comprobación de la finalización de la vida a petición propia y del auxilio al suicidio.

También modifica la Ley de disposición de cadáveres en el artículo 7, cuando dice:

Si la muerte de una persona se ha producido por la aplicación de técnicas destinadas a poner fin a la vida a petición propia o al auxilio al suicidio, el médico no expedirá certificado de defunción sino que informará inmediatamente al forense municipal y le enviará informes sobre el cumplimiento de los requisi-

tos de la Ley de comprobación de la finalización de la vida a petición propia y del auxilio al suicidio.

El médico forense –si se dan los requisitos– lo comunicará a la Comisión regional de comprobación. Si no se cumplen los requisitos lo comunicará al ministerio fiscal para, si procede, aplicar el Código penal.

Esta Comisión regional, tal y como establece el artículo 3 de la Ley de comprobación de la finalización de la vida a petición propia y del auxilio al suicidio, está integrada al menos por un jurista, un médico y un experto en ética, nombrados por los ministros de Sanidad y de Justicia por un periodo de seis años. Las funciones de esta Comisión son:

- Valorar el cumplimiento de los requisitos en cada supuesto en que se haya practicado la eutanasia o se haya ayudado al suicidio.
- Pedir información complementaria al médico.
- Emitir, en un plazo de seis semanas, un dictamen aprobado por mayoría simple de los miembros de la comisión que están obligados a votar. Este dictamen se trasladará al médico y simultáneamente al fiscal en caso de incumplimiento de los requisitos.

La Comisión tiene un registro de casos e informa anualmente a los ministerios de Justicia y Sanidad.

Así pues, en Holanda se mantienen penalizados como crimen la eutanasia y el auxilio al suicidio, a excepción de los casos en que se cumplan los requisitos que se han establecido legalmente para poder practicarlos. Por tanto, cuando el médico practique la eutanasia o el auxilio al suicidio con todos los requisitos establecidos, no será perseguido por la justicia. Cualquier otra conducta que tenga por resultado la muerte del paciente por actuación médica a petición de éste, pero sin cumplir el resto de los requisitos marcados, será castigada penalmente.

Recientemente se ha reabierto el debate de la eutanasia en Holanda, a fin de abarcar o hacer posible su aplicación a recién nacidos o niños por debajo de la edad establecida cuando se produzcan situaciones de padecimiento grave y concurra la expresa petición de los padres o responsables legales. La propuesta es objeto de estudio y se ha elaborado un primer borrador de norma en esta línea.

Bélgica

Bélgica aprobó el 28 de mayo de 2002 una ley relativa a la eutanasia que entró en vigor el 20 de septiembre del mismo año. En este caso, a diferencia de la legislación holandesa, de la del estado de Oregón y de la de Suiza, se despenaliza la eutanasia pero no se menciona el suicidio asistido. La razón de este hecho es que, a diferencia de Holanda u otros muchos países europeos en que los códigos penales castigan el auxilio al suicidio a todos los efectos, el Código penal belga no lo castiga y por este motivo no se incluyó en la ley despenalizadora. Una conducta no típica ni punible no es preciso que sea recogida en una despenalización.

Esto podría querer decir que la actuación de una persona que presta auxilio al suicidio en un contexto eutanásico (padecimiento insoportable, enfermedad irreversible o terminal a decisión propia) no podría ser castigada por la justicia.

Los requisitos que la ley belga establece para la eutanasia son:

- Que el paciente sea mayor de edad o menor emancipado, capaz y consciente de su petición.
- Que la petición sea voluntaria, reflexionada y reiterada sin presiones exteriores, pudiendo haberla manifestado en un documento de voluntades anticipadas que tenga una vigencia inferior a cinco años. La posibilidad de solicitar la eutanasia mediante un documento de voluntades anticipadas está regulada por un decreto de 2 de abril de 2003.
- Que haya padecimiento físico o psíquico constante e insuperable ocasionado por una condición patológica grave e incurable.

El médico tiene que:

- Informar al paciente sobre la existencia de cuidados paliativos.
- Reiterar el diálogo en los plazos de tiempo razonables.
- Consultar a otro médico independiente que tiene que visitar el paciente y redactar un informe que esté de acuerdo o en desacuerdo con las primeras valoraciones.
- Recopilar información del equipo cuidador si es que existe.

- Procurar que el enfermo consulte con otras personas de su entorno.
- Dejar pasar un mes entre la petición y la realización de la eutanasia.

Después de practicada la eutanasia, el médico tiene cuatro días para enviar a la Comisión Federal de Control y de Evaluación (CFCE) la documentación completa que establece la Ley.

La CFCE está formada por ocho médicos –cuatro de los cuales deben ser profesores universitarios–, cuatro profesores universitarios de derecho y cuatro personas que provienen del entorno de pacientes que sufren enfermedades incurables.

El primer informe de la CFCE recoge 259 casos de eutanasia desde el 23 de septiembre de 2002 hasta el 31 de diciembre de 2003, o sea, 17 casos de media por mes, y en ninguno de ellos hubo revisión por incumplimiento de los requisitos legalmente establecidos. Más del 80% de los casos se produjeron en Flandes, donde vive el 60% de la población, y el 20% en Valonia, donde vive el 40%. Los 259 casos fueron declarados por 143 médicos diferentes. Durante el año 2004 se declararon 347 casos, o sea, 29 casos por mes.

En Bélgica, paralelamente a la aprobación de la Ley relativa a la eutanasia, se introdujo la legislación sobre cuidados paliativos que establece que todos los belgas deben tener acceso a este tipo de asistencia en condiciones adecuadas. El informe de la CFCE señala que en 101 casos de los 259 declarados se hicieron consultas a los equipos de cuidados paliativos.

Suiza

En Suiza la eutanasia continúa penalizada, pero no así el auxilio al suicidio, aunque a diferencia de Holanda y Oregón no necesariamente tiene que contar con la asistencia del médico. Ésta sólo se exigirá en el caso de que sea necesaria para asegurar el control correcto de la prescripción, y no porque se considere que la ayuda al suicidio sea una función de la medicina.

En todo caso, un requisito ineludible del auxilio al suicidio en Suiza es que detrás de la actuación de quien ayuda no haya ninguna motivación egoísta ni de tipo personal o económico. Si esto se llegase a acreditar, el responsable sería perseguido penalmente, de acuerdo con el art. 115 del Código penal.

Suiza cuenta con tres organizaciones voluntarias que dan apoyo a las personas que solicitan la ayuda al suicidio: EXIT, que actúa en los cantones de habla germánica e italiana; AMD, en los cantones franceses; y DIGNITAS, para las personas extranjeras que van a Suiza para recibir ayuda al suicidio.

EXIT ha pasado de asistir 30 casos en el año 1993 a un centenar actualmente; DIGNITAS declaró tres casos el año 2000, 37 en 2001, 52 en 2002 y 91 en 2003.

La situación en el resto de Europa

En Europa, fuera de los casos mencionados, la eutanasia y la asistencia al suicidio continúan penalizados con las mismas penas que el homicidio consentido. Pero en muchos de estos países se produce un debate social sobre la conveniencia o no de cambiar la legislación. En el caso del Reino Unido, un comité de la Cámara de los Lores publicó el 4 de abril de 2005 el *Assisted Dying for Terminally Ill Bill*, acompañado de un detallado informe en que se establecen todos los aspectos que deberían regular la eutanasia y la ayuda al suicidio. En Alemania, la eutanasia está penalizada, pero no determinadas conductas de participación en la ayuda al suicidio, incluso cuando esta ayuda resulta necesaria. El Código penal alemán sólo castiga el homicidio a petición, o sea, la conducta de aquel que, a petición del paciente, pone fin a su vida de forma directa; pero no, por ejemplo, la de aquel que le proporciona los medios para hacerlo. Sin embargo, ni la sociedad alemana ni los profesionales sanitarios perciben esta posibilidad que la ley otorga como una conducta correcta y, en consecuencia, la ayuda indirecta al suicidio no es una práctica normalizada. El hecho de que el legislador alemán no haya penalizado nunca la colaboración al suicidio no es fruto de un debate social ni de una deliberación que haya conducido a una iniciativa legislativa en este sentido.

En Francia y Dinamarca la eutanasia continúa penalizada, si bien se hace distinción entre eutanasia activa y pasiva. Dinamarca aprobó en el año 1992 una ley que permite no instaurar tratamientos que se pueden considerar fútiles cuando está cerca la muerte, o sea, lo que de manera habitual y desafortunada se conoce como eutanasia pasiva. Recientemente, Francia ha aprobado la Ley relativa a los derechos de los enfermos y al fin de la vida, que sólo hace referencia a la posibilidad de otorgar voluntades anticipadas y a la necesidad de disminuir la obstinación terapéutica, pero no a la posibilidad de practicar la eutanasia o ayudar al suicidio.

El Consejo de Europa se declaró contrario a la eutanasia en la Recomendación 1418/99 para la protección de los enfermos terminales, en la cual se defiende que todos ellos puedan recibir cuidados paliativos como una prestación más.

Estados Unidos, el caso de Oregón

En Estados Unidos se realizan campañas en diferentes estados para impulsar la despenalización del suicidio asistido. El caso más emblemático es el del Estado de Oregón, donde en 1994 se aprobó, con el 51% de los votos, la *Oregon Death with Dignity Act* (ODDA), que legalizaba esta práctica. En 1995 fue declarada inconstitucional, pero el año 1997 se aprobó nuevamente, esta vez con el 60% de votos.

La ODDA permite la asistencia médica al suicidio siempre y cuando se cumplan determinados requisitos:

- Debe ser un paciente terminal con una expectativa de vida inferior a seis meses.
- Debe ser mayor de 18 años y plenamente capaz.
- Debe ser residente en el Estado de Oregón.
- Que haya formulado dos peticiones de asistencia al suicidio con un intervalo mínimo de dos semanas, por escrito y en presencia de dos testigos, uno de los cuales no debe tener relación con él.
- Dos médicos (el que le atiende y un consultor) deben informar por escrito de las condiciones del paciente y tienen que descartar que la petición sea debida a un estado depresivo.
- Los médicos pueden recetar, pero no administrar, dosis letales de drogas para producir una muerte rápida.
- Los médicos no tienen que estar necesariamente presentes en el acto del suicidio.
- El médico tiene que presentar un informe.

En estas condiciones, la eutanasia es ilegal en el Estado de Oregón, mientras el debate continúa en otros estados como Maine o Michigan. Hasta finales de 2003,

en Oregón se habían realizado 265 prescripciones de acuerdo con lo que establece la ley, y 117 personas habían tomado las drogas prescritas, en una evolución que va desde los 19 casos del año 1998 a los 42 de 2003.

Australia

En el territorio del norte de Australia, que tiene como capital la ciudad de Darwin y cuenta con 200.000 habitantes, en mayo de 1995 se legalizó la eutanasia voluntaria mediante "El acta de los enfermos terminales". Estuvo en vigor nueve meses y posteriormente la ley fue declarada ilegal mediante una ley del Senado australiano, aprobada por 38 votos contra 34. Durante el tiempo de vigencia murieron cuatro personas por inyección subcutánea letal con la ayuda de un ordenador.

9. CONSIDERACIONES SOBRE EL FIN DE LA VIDA

9.1. Políticas sociales pertinentes

La reflexión y el debate social sobre la asistencia más adecuada para los pacientes con enfermedades terminales o incurables que podrían solicitar la eutanasia o la ayuda al suicidio no puede olvidar el entorno en que se produce esta solicitud; más bien al contrario, requiere un conocimiento profundo de la realidad en que se inscribe. En Cataluña existen alrededor de 332.000 personas con cierto grado de dependencia, de las cuales más de 220.000 son mayores de 65 años. El 76% son atendidas en su domicilio y el 24% en diferentes instituciones residenciales. Tanto en Cataluña como en el resto de España, en las últimas décadas han mejorado sustancialmente las prestaciones sociales que reciben los ancianos, y en general los que sufren grandes minusvalías y sufrimientos crónicos. Pero estas ayudas no han compensado la soledad en que viven muchas personas debido a los cambios que se han producido en la concepción tradicional de la familia. Por tanto, es preciso continuar mejorando las condiciones sociales y económicas para que su dependencia no promueva el deseo de dejar de vivir.

Los gobiernos tienen que continuar esforzándose en la implantación de programas para conseguir que la vida de las personas dependientes sea digna. Se deben garantizar los recursos suficientes y una coordinación efectiva que mejore la eficiencia de las prestaciones, que muchas veces requieren la participación simultánea de los servicios sociales y sanitarios. El impulso de la Agencia Catalana de la Dependencia parece una buena iniciativa para conseguir la autonomía personal y la atención correcta a las personas en esta situación. Sin embargo, es preciso también mejorar la cuantía de las pensiones, las condiciones de la vivienda y el entorno afectivo de estas personas, muchas veces abocadas a vivir en soledad. Conviene fomentar la implicación de las familias y personas próximas en el acompañamiento de los enfermos, y contrarrestar la tendencia al abandono y la institucionalización, más intensa conforme se acerca la muerte.

Es preciso recordar que el 54% de los catalanes mueren hospitalizados, el 38% en hospitales de agudos, de corta estancia, y el 16% en centros de convalecencia, de

larga estancia.²⁴ Esta situación a menudo representa el agravamiento de la soledad y la deshumanización en los últimos días de la vida. El 35% de las defunciones hospitalarias se producen en el servicio de urgencias o en unidades de hospitalización vinculadas a este servicio, con estancias inferiores a 72 horas. El 20% de los enfermos, es decir, uno de cada cinco, mueren en las unidades de cuidados intensivos, caracterizadas por disponer de tecnologías de soporte vital como la ventilación mecánica, que pueden prolongar la vida y también la agonía. Así, menos de la mitad de las personas que mueren en el hospital (45%) lo hacen en habitaciones convencionales, y sólo la mitad de éstas mueren en los servicios de oncología o en las unidades de cuidados paliativos.²⁵ En resumen, más de la mitad de las muertes hospitalarias acontecen en lugares diseñados para proporcionar una atención urgente y medidas de soporte vital, pero en absoluto pensados para acoger el proceso de la agonía, su acompañamiento y el luto.

Puesto que la muerte es inevitable, hay que asumir que las posibilidades de la medicina son limitadas y que a menudo se fomentan expectativas desmesuradas sobre la efectividad de los tratamientos médicos en personas que afrontan la agonía. Admitir estas limitaciones puede ser de ayuda para vivir los últimos días de vida de una manera más humana.

9.2. La "buena praxis médica" actual

Es preciso extender un concepto más amplio y más humanista de la atención sanitaria al final de la vida, basada en una práctica consensuada y autorregulada por los colectivos profesionales implicados. Saber cuidar el final de la vida es una exigencia ética ineludible, sobre todo para el profesional de la salud. La vida se ha medicalizado, y tanto los que se encuentran en una situación de dependencia como los que están en sus últimos momentos buscan la ayuda de la medicina, y ésta tiene que darles una atención especial. Los cuidados paliativos han recuperado para los médicos la vieja tradición de cuidar a los enfermos hasta el final. Esta actitud había sido arrinconada por un modelo de ejercicio influido por la disponibilidad de tecnologías de soporte vital, como la ventilación mecánica, la reanima-

24 Departament de Sanitat i Seguretat Social. Activitat assistencial de la xarxa sanitària de Catalunya, any 2000. Informe del registre del conjunt mínim de dades. Servei Català de la Salut, Barcelona, 2002.

25 J.M. Casanellas Rosell. *El registro de la mortalidad hospitalaria*. Quadern CAPS 1995; 23: 30-7.

ción cardiopulmonar o la nutrición artificial. Pero la prolongación de la vida por cualquiera de estos medios puede que alargue innecesariamente la agonía.

La medicina paliativa procura el confort del enfermo tratando los síntomas que le incomodan, básicamente el dolor y la disnea, pero también proporcionando el apoyo psicológico tan necesario para aliviar la angustia y evitar las crisis de pánico.²⁶

Encuestas realizadas a personas que, por su profesión, se dedican a la atención de los enfermos en el tramo final de la vida confirman que las necesidades de quienes se encuentran en estas circunstancias son más las de sentirse acompañados y comprendidos (79%) que las de atención sanitaria (4%) o espiritual (14%). Y las quejas más frecuentes de los enfermos son la falta de comunicación con los profesionales y la familia (34%), y que se decida por ellos (33%).²⁷

La mejora de la comunicación con el paciente y su familia permite conocer sus valores, su estilo de vida, sus expectativas y las preferencias que hay que respetar. La voluntad de acompañar y de comprender son elementos esenciales, ya que la comunicación es la demanda principal. Y la comunicación es un proceso en dos direcciones, del médico al enfermo y del enfermo al médico, que va más allá de proporcionar información. Tan real es la enfermedad como el miedo del enfermo a la muerte; de la primera, el médico tiene toda la información, pero sobre la segunda es el enfermo quien la tiene.

En la medida en que mejor conozcan los profesionales sanitarios a la persona enferma, más ayuda podrán proporcionarle. Acompañar y escuchar permiten adaptar la información a las necesidades de cada cual. Es preciso tener en cuenta que la información es un acto médico más, y aunque es fundamental para que el enfermo pueda decidir, al darla el médico tiene que procurar no provocarle, por la manera de hacerlo, un mal innecesario.

26 Según datos del Plan de salud 2002-2005, Cataluña contaba en el año 2001 con 347 camas de cuidados paliativos, 64 equipos de PADES (Programa de Atención Domiciliaria y Equipos de Soporte) y 56 equipos de UFISS (Unidades Funcionales Interdisciplinarias Sociosanitarias). El mismo año, los servicios de cuidados paliativos habían atendido 4.625 pacientes, los equipos de PADES 13.351 y los de UFISS 28.304. Además, la red pública también cuenta con camas de larga estancia, de convalecencia y hospitalización de día.

27 J.M. Forcada Casanovas. La actitud de los profesionales sanitarios ante la muerte. Resultados de la encuesta "Vivir el morir". *Quadem CAPS* 1995; 23: 41-4.

Pero, cuando llegan al final de su vida, algunos pacientes no disponen de la capacidad para decidir. Es por ello que muy frecuentemente las decisiones se tienen que discutir con los familiares próximos o con los que conviven con él, le quieren y le atienden. En nuestra cultura la familia tiene un papel importante en el cuidado del enfermo y tradicionalmente ha adoptado una actitud protectora, paternalista, que a menudo actúa como filtro entre los profesionales sanitarios y el enfermo. Es bueno reconocer el papel benéfico que las personas próximas pueden tener en la atención al enfermo grave. Por ello, es preciso que el profesional se gane su confianza. A menudo, el miedo al médico es miedo a su falta de sensibilidad.

Aquellos que han demostrado querer a la persona enferma, y tienen cuidado de ella, son los que mejor pueden interpretar su voluntad y orientar la actuación médica cuando el deterioro cognoscitivo la incapacita para decidir. Por este motivo, la información y comunicación con el enfermo debe acompañarse de un proceso paralelo con su familia, siempre y cuando el enfermo esté de acuerdo.

La administración de uno o más fármacos para aliviar el padecimiento físico o psicológico, mediante la disminución previsible e irreversible de la conciencia en un enfermo próximo a la muerte, y con su consentimiento –ya sea explícito, implícito o delegado–, es lo que se conoce como sedación terminal o sedación en la agonía. Es una de las buenas prácticas médicas usualmente reconocidas. Se realiza en uno de cada cinco enfermos moribundos, con una frecuencia parecida en todos los países europeos en que se ha estudiado.²⁸ La indicación se hace para tratar un síntoma –a menudo el delirio, la disnea o el dolor– refractario a cualquier otro tratamiento, en un enfermo con unas expectativas de supervivencia de horas o, a lo sumo, de unos pocos días. La aceptación de que es legítimo aliviar el padecimiento de la agonía cuando la muerte es percibida como inminente ha contribuido a la generalización de esta práctica, con independencia de las convicciones de los protagonistas y del contexto cultural.

En esta intervención médica, el dilema radica en el grado de participación del enfermo en la decisión. Un trabajo hecho en nuestro medio²⁹ estima que casi el

28 A. Van del Helde et al. (Eureld consortium). *End-of-life decision-making in six European countries: descriptive study*. *Lancet* 2003; 345-350.

29 J. Porta Sales, E. Català-Ylla Bové, A. Estibalez Gil et al. *Estudio multicéntrico catalano-balear sobre sedación terminal en cuidados paliativos*. *Med Pal (Madrid)* 1999; 6: 153-8.

50% de los enfermos en estas circunstancias pudieron decidir, pese a que la supervivencia media fue de 2,5 días.

En previsión de que el deterioro cognoscitivo, el delirio o el pánico impidan la participación del enfermo, se aconseja facilitar que éste manifieste su voluntad de manera anticipada y deje constancia por escrito en la historia clínica. Un buen momento a partir del cual se puede preguntar sobre este punto es cuando se evidencia que no hay curación posible y se cambia de actitud terapéutica, optando ya por el tratamiento sintomático.

Con frecuencia se plantea otro tipo de decisión: la de no iniciar o retirar un tratamiento del que depende que el enfermo pueda continuar viviendo. Estamos hablando de las medidas de soporte vital, como son los fármacos vasoactivos, la ventilación mecánica, la reanimación cardiopulmonar, la diálisis o la nutrición enteral o parenteral. En el contexto que nos ocupa, el del final de una enfermedad incurable, el objetivo es evitar la prolongación excesiva de la agonía. Es en las unidades de cuidados intensivos donde más a menudo se dan situaciones de este tipo, por la evolución de enfermedades agudas o por la reagudización de enfermedades crónicas, y con frecuencia esto comporta que la decisión se deba tomar de manera urgente, sin tiempo para hacerse a la idea y con el enfermo incapaz de decidir.

Son numerosos los factores que pueden influir en la variabilidad que se observa en la decisión de limitar el esfuerzo terapéutico entre los diferentes países, con variaciones que oscilan entre el 4% y el 28% de las muertes analizadas.³⁰ En esta variabilidad puede influir la distinta percepción de los profesionales sobre la obligación de ofrecer determinados tratamientos, así como la diferencia moral que algunos pueden percibir entre el hecho de no comenzar un tratamiento y el de retirarlo.

La indicación o continuación de tratamientos invasivos en la etapa final de una enfermedad incurable puede calificarse de obstinación terapéutica o de encarnizamiento terapéutico, práctica que se debe rechazar desde una concepción del ejercicio médico que también tenga como objetivo velar por una muerte en paz. Las actuaciones claramente fútiles son contrarias a la buena práctica médica, y en principio no es imprescindible la decisión del enfermo o de sus familiares para des-

30 A. Van del Helde et al. *Op. cit.*

cartarlas o pararlas. En todos los otros casos sí es preciso tener en cuenta la voluntad del paciente, incluso cuando veta una actuación habitualmente considerada como correcta o necesaria. La planificación de las decisiones y el documento de voluntades anticipadas tienen por objetivo ayudar a tomar decisiones en casos en que se pueda prever una situación de incompetencia. Actualmente, el uso de este documento se está generalizando.

Podemos concluir, pues, que en nuestro entorno hay un consenso bastante generalizado para tratar los síntomas, para aliviar la agonía, incluso con sedación, y evitar la obstinación terapéutica; se trata de prácticas adecuadas que es preciso ofrecer a los enfermos moribundos. La participación del enfermo y sus familiares en la toma de decisiones es la llave para garantizar una agonía en paz de acuerdo con las convicciones propias. Por tanto, prever y tomar decisiones anticipadas puede ser de ayuda para los profesionales y familiares que deben decidir por el bien del enfermo cuando éste ya está poco consciente.

En este sentido, proponemos:

- Hacer protocolos para generalizar y mejorar la atención al moribundo, y extender los cuidados paliativos y su práctica en la clínica no especializada.
- No empezar o continuar actuaciones fútiles.
- Atender la voluntad del paciente, y asegurarse de que se hace una correcta interpretación. Esta voluntad puede ser implícita y también anticipada (DVA).
- Una vez se ha comprobado la voluntad del paciente, aceptar la delegación de decisiones en un tercero o en el médico y no cargar excesivamente al enfermo y a los otros con la toma de decisiones.

10. EL SUICIDIO ASISTIDO Y LA EUTANASIA

Más allá de lo que actualmente puede y debe ser la correcta asistencia al moribundo, la legislación actual impide dar respuesta a algunas demandas de enfermos que, como se ha argumentado anteriormente, consideramos legítimas. Se trata de personas que sufren enfermedades incurables o gravemente invalidantes y con sufrimientos que viven como insoportables. Son personas que conservan la capacidad para tomar decisiones y que, de manera libre y reiterada, piden la muerte.

Aparte de lo que se considera una buena práctica médica en la asistencia a los enfermos terminales, este documento quiere ir más allá y analizar estas demandas. Una primera situación se produce cuando la demanda proviene de un paciente en situación de enfermedad muy avanzada, del que se prevé una muerte muy próxima. El enfermo está consciente y el motivo de su petición es evitar un padecimiento físico o psíquico que le hace insoportable la vida. Un problema diferente se plantea cuando el enfermo pide la muerte en una fase de la enfermedad en que la muerte aún no se prevé inminente. Finalmente, hay otras situaciones aún más excepcionales, cuando el paciente es un enfermo psiquiátrico o un menor de edad, que deberían dejarse aparte por la problemática que estas condiciones plantean.

La idea de que no es legítimo que un miembro de la comunidad pueda quitar voluntariamente la vida de otro o ayudarlo a hacerlo tiene un fuerte arraigo social. Pero la compasión y el respeto a la dignidad y a la autonomía pueden ser argumentos que lo contradigan o lo moderen. Y pueden justificar, aquí sí, un cambio legislativo que haga posible una respuesta a estas demandas.

10.1. El suicidio médicamente asistido

En el caso del suicidio asistido es el enfermo quien se causa la muerte con la ayuda del profesional, tanto si éste se limita a aconsejar y prescribir el medio, como si lo acompaña en el momento de hacerlo.

Si el suicidio está despenalizado, es lógico que el Código penal acabe permitiendo también la ayuda en casos razonables, como sería la de un enfermo terminal o que sufre una enfermedad incurable, en una situación para él insoportable y sin posi-

bilidad de mejora. Sería una manera no hipócrita de ayudar a ejercer un derecho ya legitimado, y hacerlo de una manera digna, con medios seguros y poco traumáticos.

El hecho de que sea el mismo enfermo quien se provoque la muerte, con los requisitos y las condiciones que se detallan más adelante y controladas con suficiente transparencia, tendría que ser una garantía suficiente de que la ayuda ha sido bien pedida y bien utilizada. En estos casos, se debería despenalizar la ayuda al suicidio para que los profesionales pudiesen responder de manera afirmativa a una demanda cuando creyesen que es suficientemente legítima.

10.2. Eutanasia

En el caso de la eutanasia es otra persona la que causa directamente la muerte de un enfermo a petición de éste.

Queda claro que no se trata simplemente del respeto a la negativa de un enfermo a ser tratado, ni de la retirada de tratamientos fútiles, ni de la sedación consensuada en fase de agonía; todos estos supuestos forman parte de la correcta atención debida a los enfermos moribundos dentro de una asistencia sanitaria y una práctica profesional de calidad. Tampoco se trata de dar los consejos o prescribir los medios que pide un enfermo terminal que decide suicidarse. Esta ayuda al suicidio, como hemos dicho, podría quedar despenalizada siempre y cuando se siguiesen los supuestos que se detallan en el apartado 10.3.

En el caso que tratamos ahora, el enfermo pide más: que se le cause la muerte, bien porque no puede hacerlo por sí solo, bien porque lo prefiere así.

10.3. Condiciones para llevar a cabo la eutanasia y el suicidio médicamente asistido

Habría que tener en cuenta una serie de condiciones antes de autorizar la ayuda al suicidio o la eutanasia. Ante todo, conviene recordar los elementos o requisitos que definen y delimitan ambas prácticas:

- Presencia de enfermedad terminal (incurable y avanzada) o de patología incurable que provoca sufrimiento severo y que se prevé permanente.

- Competencia necesaria por parte del paciente para tomar y controlar este tipo de decisión en beneficio propio. Incluye información exhaustiva sobre posibles alternativas y una ponderación de ellas en la cual la muerte resulte ser la mejor de ellas.
- Requerimiento expreso, serio, inequívoco y persistente del paciente, a iniciativa suya y para su propio bien.
- Tiene que haber un médico que acepte la petición del enfermo.
- Provocación directa de la muerte de forma consensuada y medicalizada.

El médico que acepte la petición del enfermo:

- Tiene que estar convencido de que realmente está en fase terminal o con un sufrimiento intratable.
- Tiene que aceptar que para aquel paciente concreto la situación irreversible es insoportable y, por lo tanto, que lo que busca es su bien.
- Tiene que descartar cualquier afección psiquiátrica grave como causa de la petición.
- Tiene que iniciar un proceso de deliberación clara con el paciente:
 - sobre el diagnóstico, el pronóstico y las molestias de la enfermedad;
 - sobre las alternativas, incluidas las de cuidados paliativos, posibilidades de manejo de los síntomas, ingreso en un centro sanitario o sociosanitario, etcétera;
 - sobre las consecuencias de la decisión, también para los otros;
 - y sobre la comprensión de la información recibida.
- Tiene que investigar y asegurarse de que la solicitud se hace de manera voluntaria, a iniciativa suya y sin coacción del entorno.
- Tiene que comprobar que el enfermo mantiene su determinación durante un tiempo prudente y que ésta puede constar en un documento de voluntades anticipadas que sea vigente.
- Tiene que pedir el parecer de un segundo médico consultor.

Este médico consultor:

- No debe formar parte del equipo del médico que ha asumido la petición.
- Tiene que examinar al paciente y confirmar por sí solo el diagnóstico, el pronóstico de terminalidad de la enfermedad o la intratabilidad del sufrimiento.
- Tiene que comprobar la información recibida por el paciente, la comprensión de lo que pide y su determinación firme.
- Tiene que insistir en informar de las alternativas que pueda haber y comprobar que realmente son rechazadas.
- Tiene que calibrar la competencia del enfermo y la ausencia de influencias determinantes internas o externas.

Todo esto tiene que documentarse y consignarse con transparencia, para después poder ser analizado responsablemente y juzgado como procedente o no. Por tanto, todo el proceso tiene que constar en la historia clínica, en hojas especiales a tal efecto, que deben incluir:

- La demanda expresa del paciente, con las reiteraciones, causas, razones y aceptación de las consecuencias.
- Las valoraciones del médico responsable y del consultor.
- La aceptación del médico responsable para ayudar al suicidio o realizar la eutanasia.

Es más, si el objetivo central es provocar la muerte acordada en beneficio del enfermo, el método utilizado también debe ser un requisito a controlar socialmente:

- Tiene que estar médicamente asistido y aplicado bajo control sanitario.
- Debe ser seguro, rápido y que no añada padecimiento.
- Debe ser documentalmente comprobable.

En cualquier caso, tiene que quedar claro que ningún médico ni otro profesional sanitario tiene que verse obligado a atender solicitudes de eutanasia o de ayuda al suicidio, y la sociedad debe garantizar mediante los mecanismos de supervisión y

control pertinentes que estos procesos se hacen de acuerdo con los criterios que se han establecido.

10.4. Órganos de supervisión y control

Como garantía de la correcta aplicación de la ayuda médica al suicidio y la eutanasia en enfermos terminales, es preciso valorar las diferentes maneras de establecer el control y la supervisión de cada caso.

Se podría concretar un sistema de control *ex ante*, consistente en que cada petición tendría que ser sometida a un tipo de autorización previa, de la cual podrían encargarse ciertos órganos específicos. Éstos corroborarían que efectivamente se cumplen los requisitos. Si bien, por una parte, este sistema podría dar más seguridad a la ciudadanía, y se evitaría que se realizasen conductas eutanásicas fuera de la legalidad y sólo censurables cuando ya se ha producido la muerte de la persona, por otra parte parece difícil evitar la burocratización del proceso, que podría dar lugar a una autorización tardía, cuando el paciente ya habría muerto, especialmente en las peticiones de pacientes terminales. En este contexto, es preciso decir que las legislaciones despenalizadoras en Europa que han sido citadas, han desestimado esta opción y han adoptado un sistema de control *ex post*.

El sistema de control *ex post* consistiría en la revisión de cada caso, una vez ya practicada la eutanasia o la ayuda al suicidio, por parte de una comisión o comité de control. Éste recibiría la notificación correspondiente con la documentación acreditativa (solicitud del paciente, informes médicos, etc.) y tendría que valorar la adecuación a los requisitos y procedimientos regulados por la ley. En el caso de que hubiera dudas pediría información complementaria, y en el caso de encontrar alguna irregularidad remitiría el caso al ministerio fiscal para iniciar el proceso de responsabilidad penal que correspondiese.

La comisión de control debería estar formada, al menos, por un jurista, un médico y un experto en temas de bioética, designados por el Gobierno en consenso entre el Departamento de Justicia y el Departamento de Salud, y tener un mandato lo suficientemente largo para poder hacer seguimiento de un buen número de casos, que permitiesen la evaluación correcta de la aplicación de la norma pasados unos años desde su promulgación.

De acuerdo con estos planteamientos, parece que sería oportuno hacer una distinción, en cuanto al sistema de control a proponer, entre las demandas de eutanasia o ayuda al suicidio provenientes de pacientes terminales, de las provenientes de pacientes con afecciones irreversibles pero no terminales. Si bien en los primeros parece oportuno que para agilizar el proceso se establezca un control *ex post*, en los otros casos, y puesto que se dispone de más tiempo, se puede establecer un control *ex ante*, que otorgue más garantías.

11. RECOMENDACIONES

Los principios de dignidad, autonomía y bienestar del paciente hacen éticamente aceptable y constitucionalmente posible la despenalización de la eutanasia y la ayuda al suicidio. Esta conclusión es el fruto de un proceso deliberativo abierto, plural y riguroso, que coincide con una línea de pensamiento mayoritaria favorable a esta despenalización en una u otra variante en el contexto de un debate social amplio.

- Es un deber de los poderes públicos abastecer de los medios y recursos necesarios para prestar una asistencia adecuada a los pacientes en el tramo final de la vida. Este deber implica garantizar la dignificación del proceso de la muerte respetando la voluntad del paciente, evitando el padecimiento y, en cualquier caso, eliminando toda práctica de obstinación terapéutica.
- Es preciso extender y mejorar los servicios de cuidados paliativos y la aplicación correcta de la sedación en la agonía, y es éticamente incorrecto diferir su aplicación.
- Es preciso modificar el artículo 143 del Código penal español para excluir con claridad del ámbito penal las actuaciones de los profesionales sanitarios que tengan como objetivo ayudar a los pacientes a morir cuando se encuentren en una situación irrecuperable. Además, la norma despenalizadora tiene que regular el suicidio médicamente asistido y la eutanasia en determinados supuestos y en el sentido utilizado en este documento.
- Se tienen que determinar condiciones estrictas de procedimiento para las prácticas eutanásicas autorizadas en cuanto a:
 - a) objetivación de la situación del enfermo;
 - b) formas de expresión de la voluntad del paciente;
 - c) personas que tienen que intervenir en el proceso de decisión y los requisitos que es preciso tener en cuenta;
 - d) documentación del caso;
 - e) y control adecuado mediante comités específicos.

- Sobre los comités y su composición:

El comité de control y supervisión de la eutanasia y ayuda al suicidio se podría configurar de la siguiente manera:

Composición del comité: al menos dos juristas, dos médicos (uno de ellos de la especialidad de psiquiatría) y dos expertos en temas de bioética, nombrados conjuntamente por el Departamento de Justicia y el Departamento de Salud de la correspondiente comunidad autónoma. Este comité tendría que tener competencias para autorizar o supervisar, según los casos, todas las peticiones de eutanasia o ayuda al suicidio que se tuvieran que practicar dentro del territorio autonómico. La duración de su cargo tendría que ser al menos de cinco años, y tendría que elaborar un informe anual de todos los casos autorizados o revisados, con detalle de las conclusiones, que se presentaría al Parlamento de cada comunidad autónoma.

Actuación del comité: la intervención del comité dependerá de las características de la demanda. Así, intervendrá:

1. Con carácter previo a la finalización de la vida del paciente que lo solicita cuando esta demanda provenga de una persona con enfermedad incurable pero no terminal. En estos casos hará falta la autorización previa por parte del comité, que podrá denegarla si considera que no se cumplen los requerimientos éticos y legales.
 2. Con carácter posterior a la finalización de la vida del paciente que lo solicita, cuando esta demanda provenga de una persona en situación terminal o en los casos de auxilio al suicidio en pacientes no terminales. En estos casos la supervisión y el control del cumplimiento de los requerimientos éticos y legales se hará después, pidiendo la aclaración de las dudas y trasladando la cuestión al ministerio fiscal si se han producido irregularidades con el fin de que se puedan exigir responsabilidades penales, si procede.
- Se tienen que promover políticas activas para la formación de todos los colectivos profesionales implicados –sanitarios, juristas, etc.– sobre el proceso de la muerte y sus implicaciones.

- Hay que promover el debate social sobre estas cuestiones y otras pendientes relativas a los menores de edad y las personas incompetentes, y dar la información necesaria para que las personas puedan ejercer su autonomía sin miedos.

Barcelona, diciembre de 2005

12. BIBLIOGRAFÍA

Ariès P. El hombre ante la muerte. Madrid: Taurus, 1984.

Ariès P. Ensayo sobre la muerte en Occidente. Barcelona: Argos Vergara, 1982.

Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa, Comisión de Cuestiones Sociales, de la Salud y de la Familia. Informe sobre la eutanasia. Doc. 9898, 10 septiembre 2003 (Informe Marty).

Assisted dying: the debate goes on. British Medical Journal 2005; 331: 681-693. Núm. monográfico sobre la eutanasia.

Associació Catalana d'Estudis Bioètics. Informe sobre la eutanasia. <<http://www.aceb.org/eutanasia.htm>>.

Beauchamp TL y Childress JF. Principios de ética biomédica. Barcelona: Masson, 1999.

Boladeras M. La eutanasia y el buen morir. En: Bioética. Madrid: Síntesis, 1998.

Camps V. Una vida de calidad. Barcelona: Ares y Mares, 2001.

Camps V. La voluntad de vivir. Barcelona: Ariel, 2005.

Casado González M. La eutanasia: aspectos éticos y jurídicos. Madrid: Ed. Reus, 1994.

Centro de Investigaciones Sociológicas. Actitudes y opiniones de los médicos ante la eutanasia. Estudio núm. 2451, abril-mayo de 2002.

Comité Consultatif National d'Ethique pour les Sciences de la Vie et de la Santé. Avis sur Fin de vie, arrêt de vie, euthanasie. Núm. 63 – París, 27 de enero de 2000.

Comitè Consultiu de Bioètica de Catalunya. Grup de Treball sobre l'Eutanàsia i l'Ajuda al Suïcidi. <<http://www.gencat.net/salut/depsan/units/sanitat/html/ca/consells/spbioe00.htm>>

Commission Fédérale de Contrôle et d'Évaluation de l'Euthanasie, premier rapport aux chambres législatives. Bruselas, 22 de septiembre 2002 - 31 diciembre de 2003.

Commission Nationale d'Éthique pour la Médecine Humaine NEK-CNE. L'assistance au suicide. Acuerdo núm. 9/2005, aprobado el 27 de abril de 2005. Berna, julio de 2005.

Conseil de l'Europe. L'euthanasie, vol. II: Perspectives nationales et européennes. Éditions du Conseil de l'Europe, 2004.

Debat a debat: l'eutanàsia, entre la teoria i la pràctica. Annals de Medicina 2005; vol. 88, núm. 4.

Department of Human Services Office of Disease Prevention and Epidemiology on Oregon. Sixth Annual Report on Oregon's Death with Dignity Act, March 10, 2004.

Dworkin R. El dominio de la vida. Una discusión acerca del aborto, la eutanasia y la libertad individual. Barcelona: Ariel, 1994.

Dworkin G, Frey RG y Bok S. La eutanasia y el auxilio médico al suicidio. Madrid: Cambridge University Press, 2000.

Engelhardt HT. Principio y fin de la persona: muerte, aborto e infanticidio. En: Los fundamentos de la bioética. Barcelona: Paidós, 1995.

Ferrater Mora J y Cohn P. Ética aplicada: del aborto a la violencia. Madrid: Alianza, 1982.

Fibla C. Debate sobre la eutanasia. Barcelona: Planeta, 2000.

Gafo J. Eutanasia y ayuda al suicidio: mis recuerdos de Ramón Sampedro. Bilbao: D. de Brouwer, 1999.

Gafo J (ed.). La eutanasia y el arte de morir. Dilemas éticos de la medicina actual. Madrid: UPCM, 1990.

Gracia D. Salir de la vida. En: Como arqueros al blanco. Estudios de Bioética. Madrid: Triacastela, 2004.

Gracia D. Historia de la eutanasia. En: Gafo J (ed.). La eutanasia y el arte de morir. Madrid: UPCM, 1990.

Hastings Center. Goals of medicine: setting new priorities. Traducción: Los fines de la medicina, 2005. <<http://www.fundaciongrifols.org>>

House of Lords Select Committee on the Assisted Dying for the Terminally Ill Bill [HL]. Report on the assisted dying for the terminally ill bill. Londres: Stationery Office, 2005. <<http://www.publications.parliament.uk/pa/ld/lidasdy.htm>> (acceso: 12 sept. 2005).

Humphry D y Wickett A. El derecho a morir. Comprender la eutanasia. Barcelona: Tusquets, 1989.

Institut Borja de Bioètica. Declaració vers una possible despenalització de l'eutanasia. Esplugues: Universitat Ramon Llull, 2005.

La atención hospitalaria al enfermo moribundo. Quadern CAPS 1995; Núm. 23 (monográfico).

Méndez Baiges V. Sobre morir. Eutanasia, derechos, razones. Madrid: Trotta, 2002.

Ministerio de Sanidad y Consumo, y Consejo General del Poder Judicial. Decisiones al final de la vida. Actas de la Jornada Conjunta del Ministerio de Sanidad y Consumo y el Consejo General del Poder Judicial, celebrada en Madrid el 1 de octubre de 1998.

Minois G. Histoire du suicide. La société occidentale face à la mort volontaire. París: Fayard, 1995.

Mora Molina JJ. Holanda: entre la vida y la muerte. Valencia: Tirant lo Blanch, 2002.

Morlans M. La eutanasia a debate. Quadern CAPS 1996; núm. 24.

Morlans M. L'assistència mèdica al final de la vida. FRC 2004; 9.

Netherlands Ministry of Foreign Affairs. A guide to the Dutch Termination of Life on Request and Assisted Suicide (Review Procedures) Act. En: Euthanasia. International Information and Communication Department in cooperation with the Ministry of Health, Welfare and Sport and the Ministry of Justice.

Observatori de Bioètica i Dret. Document sobre la disposició de la pròpia vida en determinats supòsits: declaració sobre l'eutanàsia. Elaborat pel Grup d'Opinió de l'Observatori de Bioètica i Dret. Parc Científic de Barcelona. Barcelona, 2003.

Rachels J. The End of Life, Euthanasia and Morality. Oxford: Oxford University Press, 1986.

Rodríguez Aguilera C. El derecho a una muerte digna. En: Gafo J (ed.). La eutanasia y el arte de morir. Madrid: UPCM, 1990.

Romeo Casabona, CM. El Derecho y la Bioética ante los límites de la vida humana. Madrid: CERA, 1994.

Schotsmans P y Meulenbergs T (eds.). Eutanasia and Palliative Care in the Low Countries. Leuven: Peeters Publishers, 2005.

Singer P. Ética práctica. Barcelona: Ariel, 1984.

Singer P. Repensar la vida y la muerte. Barcelona: Paidós, 1997.

Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Declaración sobre la eutanasia. Medicina Paliativa 2002; 9: 37-40.

Terribas Sala N. Las voluntades anticipadas y su problemática en la aplicación práctica. En: Salud Pública y Derecho Administrativo. Consejo General del Poder Judicial, 2004.

Terribas Sala N. En torno a la eutanasia. Revista Rol de Enfermería 2005; 28: 459-466.

Terribas Sala N. Las voluntades anticipadas y su aplicación práctica ante un paciente terminal. Revista de Formación Médica Continuada (en prensa).

Tomás-Valiente C. Posibilidades de regulación de la eutanasia solicitada. Documento de trabajo 71/2005. Madrid: Fundación Alternativas, 2005.

Tomás-Valiente C. La disponibilidad de la propia vida en el Derecho Penal. Madrid: Centro de Estudios Políticos y Constitucionales, 1999.

Tomás-Valiente C. La cooperación al suicidio y la eutanasia en el nuevo Código Penal (artículo 143). Valencia: Tirant lo Blanc, 2000.

Tomás-Valiente C. Posibilidades de regulación de la eutanasia solicitada. Madrid: Fundación Alternativas, 2005.

Tomás-Valiente C, Gascón M, Juanatey C, Drane J, Quintana O, Bayés, R, Broggi, MA, Pascual A, Rivera E, Jonsen AL y Miret Magdalena E. *Humanitas. Humanidades Médicas*. En: Eutanasia 2003; núm. 1 (monográfico). Fundación Medicina y Humanidades Médicas de Barcelona.

Urraca S (ed.). Eutanasia hoy: un debate abierto. Madrid: Nóesis, 1995.

Este informe fue aprobado en la 54ª reunión plenaria del *Comitè Consultiu de Bioètica de Catalunya* que tuvo lugar el día 20 de diciembre de 2005, por la mayoría de sus miembros y con el voto particular del Sr. Joan Vidal Bota.

Son miembros del *Comitè Consultiu de Bioètica de Catalunya*:

Sra. Victoria Camps Cervera, presidenta; Sr. Marc Antoni Broggi Trias, Vicepresidente primero; Sr. Rogeli Armengol Millans, Vicepresidente segundo; Sr. Rafael Manzanera Lopez, coordinador; Sr. Ernest Maragall Mira, Sr. Josep Ramon Arisa Clusella, Sr. José Luis Ausin Herbella, Sr. Marius Morlans Molina, Sr. Joan Maria Pons Rafols, Sra. María Luisa de la Puente Martorell, Sr. Lluís Torralba Novella, Sra. Montserrat Artigas Lage, Sr. Tomàs Pujol Castells, Sra. Rosa Securín Fuster, Sr. Xavier Muñoz Puiggròs, Sra. Marta Aymerich Martínez, Sr. Alfons Vilarrasa Cagigós, Sra. Maria Comellas Doñate, Sr. Eduardo Mendoza Garriga, Sra. Montserrat Busquets Surribas, Sra. Maria Teresa Bassons Boncompte, Sr. Joan Viñas Salas, Sr. Francesc Abel Fabre, Sra. Margarita Boladeras Cucurella, Sra. Maria Casado González, Sr. Francesc Borrell Carrió, Sr. Albert Jovell Fernandez, Sra. Milagros Pérez Oliva, Sr. Octavi Quintana Trias, Sr. Jordi Varela Pedregosa, Sr. Joan Vidal Bota, Sr. Javier Hernández García, Sr. Francesc Jose Maria Sánchez, Sr. Pablo Hernando Robles, Sr. Xavier Carné Cladellas, Sra. Virtudes Pacheco Galvan, Sra. Maria Josep Borràs Pascual, Sra. Montserrat Boada Pala, Sra. Ana Veiga Lluch, vocales; y Sr. Josep M. Busquets Font, secretario.

Voto particular al documento "Informe sobre la eutanasia y la ayuda al suicidio"

El texto olvida el "principio de realidad". Datos recientes holandeses ponen de manifiesto cómo la eutanasia supone la pérdida de la tutela legal efectiva sobre los más débiles: más de la tercera parte de los casos de eutanasia se hacen sin consentimiento y los médicos no notifican a las autoridades más que el 54% de los casos. El Comité de Derechos Humanos de la ONU se ha quejado a las autoridades holandesas por la ineficacia del Comité de revisión de casos: sólo se rechazaron tres de los 2000 casos examinados en un año (<http://www.aceb.org/euth.htm>).*

La pretensión de un derecho a la eutanasia olvida la autonomía del médico y su deber de respetar la vida. Sin insistir en tratamientos superfluos que ya no mejoran la situación y alargan innecesariamente el sufrimiento. El médico debe buscar ayudar al enfermo y acompañarlo. No puede traspasar los límites de conciencia y de prudencia legal que definen la buena práctica médica. Nunca puede voluntariamente acabar con su vida.

Joan Vidal-Bota

Presidente de la *Associació Catalana d'Estudis Bioètics* (ACEB)

* La Comisión permanente del Comité Consultivo de Bioética de Cataluña quiere hacer constar que el texto a que se refiere el voto particular se puede consultar en la página web [http://www.unhchr.ch/tbs/doc.nsf/\(Symbol\)/CCPR.CO.72.NET.Sp?Opendocument](http://www.unhchr.ch/tbs/doc.nsf/(Symbol)/CCPR.CO.72.NET.Sp?Opendocument). Éste se publicó el 27 de agosto de 2001 y la Ley de comprobación de la finalización de la vida a petición propia y de auxilio al suicidio en Holanda entró en vigor el 1 de abril de 2002.

RECOMMENDATIONS

In accordance with the principles of patient autonomy, beneficence, nonmaleficence and justice, it is ethically acceptable and constitutionally feasible to legalize euthanasia and assisted suicide. This conclusion is drawn from an open and pluralistic deliberative process, and agrees with the mainstream line of thought, which is in favor of legalizing euthanasia, within the context of wide public debate.

- It is the duty of Public Authorities to provide patients with the appropriate assistance at the end of life by making available the necessary means and resources. This duty implies ensuring the dignity of the death process, being consistent with the patient's will, avoiding suffering and, in all cases, removing obstinate therapeutic practices.
- Palliative care services and the proper use of sedation in the final phase of life should be extended and improved, and it is ethically wrong to postpone their application.
- Article 143 of the Spanish Penal Code must be modified to clearly indicate the actions of health professionals aimed at helping terminally ill patients in extreme circumstances. Moreover, the rule should regulate physician-assisted suicide and euthanasia in specific circumstances, and define the sense used in this document.
- Strict conditions for proceeding should be determined for authorized euthanasia practices in regard to:
 - a) Objective consideration of the patient's situation.
 - b) Different expressions of the patient's will.
 - c) People to be involved in the decision-making process and qualifying conditions.
 - d) Documentation of the case.
 - e) Adequate monitoring through specific commissions.

- Commissions and their composition

The Monitoring and Supervising Commission on Euthanasia and Assisted Suicide could be structured as follows:

The Commission's composition: At least two jurists, two physicians (one of them a specialist in psychiatry) and two experts in bioethics, jointly appointed by the Department of Justice and Department of Health of the corresponding autonomous community. This Commission should have the power to authorize or supervise, according to each case, all requests for euthanasia or assisted suicides that are to be practiced in the specific autonomous community. Their mandate should last at least five years and they should prepare an annual report, drawing conclusions from all authorized cases or cases revised in detail, to be submitted to the corresponding Parliament.

The Commission's performance: The intervention of the Commission shall depend on the characteristics of the request. Therefore, the Commission shall take action in the following situations:

1. Prior to patient's termination of life. The patient shall make a request when having an incurable, nonterminal pathology. In these cases, prior authorization by the Commission is required, which may deny the request if ethical and legal requirements are not fulfilled.
 2. Following patient's termination of life, when the request is made by a person in a terminal situation or in cases of assisted suicide in nonterminal patients. In such cases, supervision and monitoring of compliance with ethical and legal requirements shall be made later, asking to clear up any queries and referring the question to the attorney general's office, if irregularities took place, so that criminal liability could be incurred if appropriate.
- Active policies should be encouraged for the training of all professional groups concerned – health professionals, jurists, etc. – on the death process and its implications.
 - Public debate on these and other pending issues – in relation to minors and incompetent adults – should be fostered, giving necessary information so that people can freely exercise their autonomy.

Barcelona, December 2005