

Regulación de la eutanasia en España ¿un cajón desastre que amenaza el derecho a la vida?

Regulation of euthanasia in Spain. A dangerous problem for the right to life?

Francisco Rivas García

Técnico de Promoción de Salud. Unidad Municipal de Salud y Consumo.

Excmo. Ayuntamiento de Guadix (Granada).

saludyconsumo@guadix.es

RESUMEN

La eutanasia es una controvertida temática que sigue siendo fuente de debate y dilemas bioéticos que surgen en el final de la vida y que no goza con un consenso unánime por parte de todos los sectores y administraciones implicadas. Aunque existen partidarios y detractores, si es cierto que su despenalización, por parte de los países, no es un hecho generalizado ante la ausencia de un consenso global sobre la necesidad de considerarla como una prestación universal por parte de los sistemas sanitarios. Desde el pasado mes de junio de 2021, España se convierte en otro país que se suma a la lista de aquellos que han promulgado una ley para regular la eutanasia con la excepción que dicha ley deja numerosos aspectos no regulados de manera concreta y presenta ambigüedades. Su aplicación puede suponer una amenaza al derecho a la vida ya que su protección actual por parte del Estado puede ir desnaturalizándose hasta el punto que se equipare el mismo derecho a vivir que a solicitar ayuda para morir.

Palabras clave: “Autonomía”, “Derecho a la vida”, “Dignidad Humana”, “Eutanasia”, “ayuda a morir” “suicidio asistido”.

ABSTRACT

Euthanasia is a controversial topic that continues to be a source of debate and bioethical dilemmas that arise at the end of life and that does not enjoy unanimous consensus on the part of scientific sectors. Although there are supporters and detractors, it is true that its decriminalization by countries is not a generalized fact precisely because there is no global consensus on the need to consider it as a universal benefit by health systems. Since last June 2021, Spain has become another country that has been added to the list of those that have enacted a law to regulate euthanasia, with the exception that said law leaves numerous aspects not specifically regulated and with ambiguities whose application can pose a threat to the right to life since its current protection by the State can be distorted to the point that the same right to live is equated with requesting help to die.

Keywords: “Autonomy”, “Right to life”, “Human Dignity”, “Euthanasia”, “help to die” “assisted suicide”.

SUMARIO

1.- Introducción. 2.- Derecho a la vida y su papel en la autonomía de la persona. 3.- Dignidad humana y derecho a la vida. 4.- Eutanasia, un concepto ambiguo y de complejo análisis 5.- Analizando la ley 3/2021 de 24 de marzo. 6.- Conclusiones. 7.- Bibliografía.

SUMMARY

1. - Introduction. 2. - Right to life and its role in the autonomy of the person. 3. - Human dignity and right to life. 4. - Euthanasia, an ambiguous concept with a complex analysis 5. - Analyzing Law 3/2021 of March 24. 6.- Conclusions. 7.- Bibliography.

1. INTRODUCCIÓN

El derecho a la vida está presente en la mayor parte de las declaraciones de derechos. Su desarrollo se produce tras la Segunda Guerra Mundial, debido a las experiencias que mostraban atrocidades contrarias a la vida. No obstante, es significativo que suela ser proclamado al comienzo del catálogo de derechos tal y como se recoge en el artículo 3 de la Declaración Universal de derechos Humanos¹, así como en el artículo 6 de la Asamblea General de las Naciones Unidas mediante la Resolución 2200 A (XXI), del 16 de diciembre de 1966 y que entró en vigor el 23 de marzo de 1976².

El bien jurídico protegido por el derecho a la vida implica que toda vida humana es digna de ser vivida. Por tanto, constituye el soporte físico de todos los demás derechos fundamentales y, por su obvia conexión con la idea de dignidad de la persona tal y como se refleja en el artículo 10.1 de la Constitución Española (CE), de ahí que sea incuestionable que su titularidad corresponde a todos los seres humanos cualquiera que sea su nacionalidad.

Como derecho subjetivo, presenta una peculiaridad, pues toda violación del mismo tiene, por definición, carácter irreversible porque implica la desaparición del titular del derecho. De este modo, considerando el derecho a la vida, desde la perspectiva que ofrece su conexión con otros preceptos constitucionales, se observa que su reconocimiento en la CE gira en torno a los conceptos de dignidad y personalidad, con las que se encuentra inseparablemente relacionado³.

¹ La Declaración Universal de los Derechos Humanos, adoptada y proclamada mediante resolución 217, por la Asamblea General de las Naciones Unidas en París, el 10 de diciembre de 1948. Disponible en <http://www.un.org/es/universal-declaration-human-rights/>

² Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos. 23 de marzo de 1976. Naciones Unidas. Derechos Humanos. Alto Comisionado. Disponible en www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/CCPR.aspx consultado el 21/05/2018

³ MARTÍNEZ, N. El derecho a la vida en la Constitución española de 1978 y en Derecho Comparado: aborto, pena de muerte, eutanasia y eugenesia. Revista de la Facultad de Derecho de la Universidad Complutense, 1979, no 2, pp. 133-182.

Por ello, el derecho a la vida se traduce en la imposición de dos deberes al Estado, entendido en su sentido amplio como el conjunto de los poderes públicos, el deber de no lesionar la vida humana y el deber de proteger efectivamente la vida humana frente a las agresiones de los particulares. Los diferentes posicionamientos doctrinales y normativos del derecho a la vida, le hacen ser objeto de innumerables debates motivados por su carácter fundamental de como un derecho base, que su vulneración implica la destrucción de los derechos de la persona; y por último que suele ser fuente de conflictos entre conceptos éticos, morales y religiosos, lo que provoca debates sobre la eutanasia, el aborto y el suicidio asistido⁴.

Con independencia de los posicionamientos doctrinales, el ordenamiento constitucional considera el derecho a la vida como un elemento axiológico y determinante de los derechos fundamentales, actuando como el límite infranqueable para las acciones de los Estados y de las personas que lo integran. En este sentido la vida se erige como un bien y un valor fundamental sobre el que se sustenta la persona, por lo que su respeto es imprescindible por lo que hay que promover y cuidar la vida, actuando para aliviar el sufrimiento sin tener que recurrir a la eutanasia. De ahí, que, la sedación paliativa correctamente indicada, cuando no son efectivas otras medidas, y administrada previo consentimiento del paciente, respeta y humaniza el proceso del final de la vida mitigando el sufrimiento intenso e incoercible sin necesidad de acortar la vida mediante prácticas eutanásicas.

Por tanto, se debe promover y trabajar para que personas vulnerables que se encuentren en el final de la vida puedan ser integradas adecuadamente y acogidas por parte de las administraciones sanitarias mediante la dedicación de suficientes recursos sanitarios y sociales que hagan posible afrontar estas situaciones tan complejas. De ahí, que los países deban potenciar y ofrecer su compromiso con la humanización del cuidado de la vida de las personas sin pretender alargarla o acortarla irresponsablemente.

El presente trabajo tiene por objeto mostrar las implicaciones que directa e indirectamente se interrelacionan con la eutanasia, así como un análisis y reflexión de la actual ley despenalización de la eutanasia en España para conocer como su regulación puede suponer una potencial amenaza al derecho a la vida por la ambigüedad, la infravaloración de algunos conceptos, y la debilidad de los principios sobre los que se sustenta.

⁴ APARISI, A., "El principio de la dignidad humana como fundamento de un bioderecho global", Cuadernos de bioética: revista oficial de la Asociación Española de Bioética y Ética Médica, 2013, 24:81, pp. 201-221.

2. DERECHO A LA VIDA Y SU PAPEL EN LA AUTONOMÍA INDIVIDUAL DE LA PERSONA

La CE reconoce en su artículo 15 que “todos tienen derecho a la vida y a la integridad física y moral”, y a su vez, en el artículo 17 se indica que “toda persona tiene derecho a la libertad”⁵. Ante este reconocimiento constitucional de ambos derechos, se puede producir una colisión entre ambos cuando el derecho a la libertad se considera en sentido de autonomía personal, y bajo ese precepto se asume que se puede vulnerar el derecho a la vida y disponer del mismo con carácter autónomo.

Con respecto al derecho a la vida el Tribunal Constitucional y el Tribunal Europeo de Derechos Humanos coinciden en proclamar el derecho a la vida como un valor superior del ordenamiento jurídico por el cual dicho derecho no conlleva a disponer de la propia vida⁶.

Los conflictos entre el derecho a la vida y el derecho de autonomía pueden ser intrapersonales (el conflicto se produce entre los derechos del propio individuo) o interpersonales (conflicto de derechos entre personas distintas). No obstante, a menudo, surgen distintos conflictos entre el derecho a la vida y la autodeterminación cuando se decide rechazar un tratamiento terapéutico, por parte de personas que padecen una enfermedad terminal o que se halla en la fase final de la vida⁷.

El desarrollo del artículo 43 de la CE (derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria de todos los ciudadanos) generó la Ley 14/1986, en la que se recogen el derecho al respeto de la personalidad, dignidad e intimidad del paciente, el derecho a la no discriminación, a estar informado sobre los servicios sanitarios, así como el derecho a la confidencialidad de toda la información relacionada con su patología⁸.

Los principios generales establecidos en la Ley General de Sanidad fueron completados por la Ley 41/2002, que centra su atención en el máximo respeto a la dignidad de la persona y a la libertad individual, por un lado y, por otro, declara que la organización sanitaria debe garantizar la salud como derecho inalienable de la población⁹. Por tanto, la legislación española, reconoce una serie de derechos y deberes a los pacientes, teniendo éstos derecho a recibir una atención sanitaria integral de sus problemas de salud y a ser tratado con respeto a su personalidad, dignidad humana e intimidad, sin que pueda ser discriminado por razones de tipo social, económico, moral o ideológico.

⁵ CONSTITUCIÓN ESPAÑOLA. BOE núm. 311, de 29/12/1978

⁶ MALESPINA, M.L., “Cuestiones jurídicas al final de la vida, Persona y Bioética”, 2017:21(2), pp. 243-258. Disponible en <http://dx.doi.org/10.5294/pebi.2017.21.2.59>

⁷ MARTÍN, R., Bioética y derecho, Barcelona, Ariel, 1989, p. 99.

⁸ Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. BOE núm. 102, de 29/04/1986

⁹ 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. «BOE» núm. 274, de 15/11/2002.

En este sentido, los profesionales sanitarios tienen obligatoriedad de prestar asistencia a los pacientes conforme a la normativa vigente y defender la vida tal y como se recoge en los artículos 196 del Código Penal¹⁰ y 5-8 del Código de Ética y Deontología Médica¹¹ respectivamente, quedando patente la obligatoriedad de la acción sanitaria, y siendo su omisión sancionable.

Con respecto a la Jurisprudencia existente, realizando un repaso sobre las propuestas para resolver los conflictos intrapersonales entre derecho a la vida y el derecho de autodeterminación, se concluye que:

- El derecho a la libertad impide configurarlo como un derecho a la propia muerte¹².
- El derecho a la vida es principal y base para el ejercicio de la libertad¹³.
- No puede convenirse que se goce sin matices de la falta de disposición sobre su ser.
- La protección del derecho a la vida constituye un bien jurídico a proteger por el Estado¹⁴.

Con respecto a la Jurisprudencia Europea, recientemente Tribunal Europeo de Derechos Humanos dictó Sentencia con fecha de 20 de Enero de 2011 sobre el Caso Haas de Suiza, en el cual se estimó que “el derecho de una persona a decidir qué forma y en qué momento debe terminar su vida y cuando esté en condiciones de forjar su libertad y actuar en consecuencia es uno de los aspectos del derecho a la vida en sentido de lo establecido en el artículo 8 del Convenio de Oviedo”. No obstante, el Tribunal Europeo comprende que no hay consenso sobre esta materia en los Estados Miembros de la Unión Europea, y que por tanto, fue formulada atendiendo a la regulación legal de Suiza y su legislación específica en ese ámbito¹⁵.

Llegados a este punto, surge una cuestión ¿Las voluntades anticipadas y/o consentimiento informado constituyen una forma de ejercitar el derecho de autonomía del paciente? Para obtener una respuesta hay que acudir al principio de autonomía del paciente. Este respeto de la autonomía se traduce, en el ámbito sanitario, en la teoría

¹⁰ Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal. «BOE» núm. 281, de 24/11/1995.

¹¹ CÓDIGO DE DEONTOLOGÍA MÉDICA. Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos. Disponible en: https://www.cgcom.es/sites/default/files/codigo_deontologia_medica_2011.pdf

¹² Tribunal Constitucional (Pleno). Sentencia núm. 120/1990, de 27 de junio. Cita en texto (STC 120/1990 de 27 de Junio). Disponible en <http://hj.tribunalconstitucional.es/eu/Resolucion/Show/1545>.

¹³ Tribunal Constitucional (Pleno). Sentencia núm. 154/2002, de 18 de julio. Cita en texto (STC 154/2002 de de18 de Julio). Disponible en: <http://hj.tribunalconstitucional.es/es/Resolucion/Show/4690>.

¹⁴ Tribunal Constitucional (Pleno). Sentencia núm. 120/1990, de 27 de junio. Cita en texto (STC 120/1990 de 27 de Junio). Disponible en: <http://hj.tribunalconstitucional.es/eu/Resolucion/Show/1545>.

¹⁵ CASE OF HAAS v. SWITZERLAND 31322/07, Court (First Section), 20/01/2011. Disponible en: <https://hudoc.echr.coe.int/eng#%7B%22appno%22:%5B%2231322/07%22>

del consentimiento informado, proceso de comunicación gradual entre el médico y el paciente, a través del cual el paciente acepta, o no, someterse a un procedimiento diagnóstico o terapéutico, después de conocer y reflexionar sobre su naturaleza, riesgos y beneficios que conlleva, así como sus posibles alternativas. Pero estas voluntades deben considerarse como un elemento más de la relación médico-paciente para poder garantizar la dignidad humana y el derecho a la vida. Pero estas voluntades anticipadas deben considerarse como un elemento más de la relación médico-paciente para poder garantizar la dignidad humana, y no como un instrumento de eutanasia.

Ese documento de voluntades anticipadas también supone un mecanismo de garantía para que se respete la decisión del tratamiento a recibir por parte de los pacientes que se encuentran en situación terminal. Por tanto, disponer de voluntades anticipadas permite rechazar determinados tratamientos para mantener la vida y solicitar cuidados paliativos, que alivien el sufrimiento¹⁶.

3. DIGNIDAD HUMANA Y DERECHO A LA VIDA.

Etimológicamente dignidad procede del latín “dignitas”, que se refiere a “ser merecedor de algo”¹⁷, por lo que se deduce que la dignidad humana (DH) se reconoce como respeto a otra persona, lo cual establece una diferencia con el concepto de autonomía, centrado en la atención a la propia persona.

El concepto de DH es muy complejo de concretar, y tampoco existen numerosos estudios que profundicen y clarifiquen su concepto, lo que provoca que en numerosas ocasiones se produzcan las interpretaciones menos adecuadas y sea utilizado como término de último recurso con acepciones que no se corresponden con su utilidad real. El origen del término se sitúa en Roma, y se relacionaba con la condición social y del reconocimiento de la comunidad. Posteriormente, el cristianismo introdujo una nueva dimensión en la cual otorgaba a la dignidad humana un vínculo basado en la divinidad¹⁸. Esta concepción otorgaba una serie de atributos tales como que no se pierde y que no depende de las características personales ni circunstancias ambientales, por lo que la DH es implícita al concepto de ser humano¹⁹.

Los primeros avances sobre la concepción de la DH en la sociedad occidental fueron puestos de manifiesto por los diversos filósofos, partiendo de la premisa que el ser humano es digno por el hecho de ser humano con independencia del reconocimiento social o su vínculo con la divinidad. Numerosos filósofos y teólogos clásicos

¹⁶ MARCOS DEL CANO, A.M. Voluntades anticipadas. Voluntades anticipadas, 2014, p. 1-389.

¹⁷ FEITO L., “Los derechos humanos y la ingeniería genética: la dignidad como clave”, Isegoria, 2002, 27, p.57.

¹⁸ Génesis,1:27, Disponible en: www.bible.com/es/bible/149/GEN.1.RVR1960

¹⁹ GONZALEZ, J., “La dignidad de la persona y el Derecho Administrativo”, Revista de Direito Administrativo e Constitucional, 2003, 3, pp. 11-34.

han abordado la compleja tarea del estudio del concepto de dignidad que describen someramente a continuación:

- SÉNECA, identificaba la DH con el propio concepto de persona²⁰.
- ARISTÓTELES expuso que la razón de la dignidad o la excelencia humana se comprende en base a que el ser humano está dotado de un alma racional²¹.
- SANTO TOMÁS DE AQUINO resalta que “la persona es lo más perfecto que existe en toda naturaleza, es decir lo que subsiste en la naturaleza racional”²².
- RAHNER postula que “dignidad significa, dentro de la variedad y heterogeneidad del ser, la categoría objetiva de un ser que se identifica con el ser de un ser”²³.

Sin embargo, fue la aportación de KANT quien permitió comprender un poco mejor el concepto de DH para quien la considera un valor interno de la persona humana, en virtud de su racionalidad moral, su capacidad autolegisladora universal, y su autonomía moral.

KANT, definió a la persona como aquel sujeto “cuyos actos conllevan una imputabilidad. La personalidad moral no es otra cosa que la libertad de un ser racional bajo leyes morales”²⁴. Por ello, sus postulados consideran a la DH como una “autodeterminación moral del hombre, que no aparece dentro de un gran orden cósmico ni en el marco de una comunidad anterior sino que cada uno lucha por su dignidad interior, y el hombre físico se somete a la moral”²⁵ y en la que se expone que la dimensión moral de la personalidad tiene por fundamento la propia libertad y autonomía de la persona²⁶. De hecho, fueron los postulados de Kant los que establecieron las bases actuales de la DH, otorgándole un carácter exclusivo como facultad reservada a los seres humanos.

HABERMÁS, abordó la problemática de la DH manifestando que la “vida humana debe ser tratada con cautela, ya que el fundamento racional no reside en el concepto de dignidad humana, sino en la consideración de los peligros individuales y colectivos que se incluyen en la manipulación genética indiscriminada”²⁷. De sus plantea-

²⁰ DAHL, J., “Basic ethical principles in European bioethics and biolaw: Autonomy, dignity, integrity and vulnerability – Towards a foundation of bioethics and biolaw”, *Medicine, Health Care and Philosophy*, 2002, 5, 3, pp. 235-244.

²¹ MASÍÁ, J., “Deliberación bioética y perspectiva religiosa”, Ribet, 2012, Vol. VIII, 14, pp. 43-62.

²² PIEPER, P., *Muerte e inmortalidad*, Barcelona, 1970, p. 48.

²³ RAHNER, K., *Escritos de teología (tomo I)*, Madrid, Taurus Ediciones, 1961 Disponible en: <https://hectorucsar.files.wordpress.com/2015/04/rahner-k-escritos-de-teologc3ada-1-dios-cristo-marc3ada-gracia-taurus-1967.pdf>

²⁴ KANT, I., “Fundamentación la metafísica de las costumbres” Disponible en: https://pmb.net/books/kantfund/fund_metaf_costumbres_vD.pdf

²⁵ *Ibidem*

²⁶ *Ibidem*

²⁷ FLYNN, J., “Habermas on Human Rights: Law, Morality, and International Dialogue”, *Social Theory and Practice*, 2003, vol. 29, 3, pp. 431–457.

mientos se concluye que la dignidad moral es una cuestión propia de todos los seres humanos sin excluir a ninguna persona. Así, a partir del nacimiento, la vida humana se adquiere con el carácter de vida personal y, en consecuencia, debe ser considerada como inviolable. Por tanto, HABERMAS, rechaza el concepto metafísico de la DH, considerándola como un valor que se le atribuye a una vida en particular por determinadas razones.

Actualmente, definir DH ha sido objeto de estudio por diferentes autores, a través de las distintas corrientes y épocas. No obstante, siguiendo lo expuesto por JUNQUERA DE ESTÉFANI se distinguen varias concepciones del término de DH²⁸:

- Biológica, por la cual la DH está unida de manera directa al proceso biológico.
- Valor intrínseco, unido al valor interno del ser humano.
- Empírico, vinculando la DH al honor y el respeto de los demás.
- Heterónoma, que se fundamenta en algo externo al ser humano, como puede ser la imagen de Dios.
- Ontológica, unido a la existencia del ser humano.
- Ética, relacionado con el comportamiento de actuar por lo que la dignidad será mayor conforme se actúe con el bien.
- Jurídico, donde la DH se convierte en un principio jurídico que engloba valores de seguridad, libertad e igualdad.

De todas las posibles acepciones del término DH, se hace necesario referirnos al estudio que DE MIGUEL BERIAIN²⁹ realiza sobre la dignidad ontológica y fenomenológica. Así, con respecto a la dignidad ontológica, se hace referencia al ser humano, de manera que la DH sería un valor inherente a la persona basado en el respeto que hay que tener a la condición humana y que no puede ser sustituido por otro valor.

Atendiendo a la dimensión ontológica, la DH es atribuible al concepto de la vida humana, y a su vez es la base del derecho humano fundamental. En este sentido, la DH implica el respeto de los valores de la persona que no pueden limitarse por ningún tipo de circunstancia y que rodean al uso de los CP que se aplican en la enfermedad terminal. Así, se hace fundamental considerar a la DH como elemento fundamental para prevenir las situaciones de eutanasia³⁰.

Por otra parte, la dignidad fenomenológica está relacionada con los hechos y el comportamiento, de ahí que varíe a lo largo de la nuestra vida, siendo su final la Ética que es la que determina el fin de nuestros actos, algo que no sucede con la dignidad ontológica. Tampoco puede obviarse la dignidad colectiva que sería inherente al hu-

²⁸ JUNQUERA, R., "Dignidad humana y genética", en Blázquez Ruiz, F. J. (dir), Diez palabras clave en nueva genética, Navarra, Verbo divino, 2006, p. 347.

²⁹ DE MIGUEL, IÑIGO., "Consideraciones sobre el concepto de dignidad humana", Anuario de filosofía del derecho, 2004, Tomo XXI, pp. 187-212.

³⁰ MARTÍNEZ, N., Biotecnología, derecho y dignidad humana, Madrid, Edit. Comares, 2003, pp. 237-257.

mano, como especie, y que comparte un valor subjetivo de carácter social donde los actos que realiza la especie humana deben tener como finalidad la Ética para determinar hacia donde quiere dirigirse la sociedad³¹.

Pero el concepto de DH, no solo se limita a un término sin aplicación, sino que adopta su forma en el Derecho Internacional, constituyéndose como la base fundamental sobre la que se cimantan los derechos fundamentales. Así, aunque la DH está vinculada con los Derechos Humanos debe exigir el respeto del Estado frente a terceros. Por ello, la DH no está definida legalmente como un derecho sino como el respeto que se debe a la persona por su condición

La dignidad humana es atribuible a la dimensión ontológica del concepto de la vida humana, aspecto sobre el cual se fundamenta todo el discurso jurídico, por ello, se hace fundamental considerar la dignidad como elemento fundamental para prevenir las situaciones de eutanasia.

Por tanto, se puede estudiar el criterio de la DH bajo dos vertientes por un lado, la dignidad constituye un límite para la actuación de terceros; por el otro, la dignidad se traduce en el respeto de la persona hacia sí misma y en la indisponibilidad de la propia persona, que, en ningún caso, puede transformarse en medio. La relación del hombre consigo mismo, se dice, no es una relación de propiedad del yo sobre su vida y su cuerpo, sino una relación de obediencia al conjunto de deberes que derivan de la idea de la humanidad.

Desde la constitución de la Organización de las Naciones Unidas, se estableció, entre otros aspectos la protección de la dignidad. Posteriormente, la doctrina desarrollada en materia de derechos humanos en el ámbito del Derecho Internacional alude al concepto de dignidad, que ha adquirido una creciente importancia. Así, en el artículo 1 de la Declaración Universal de Derechos Humanos se indica que todos los seres humanos nacen libres e iguales³².

La Declaración sobre Genoma Humano y Derechos Humanos, en su artículo 1, expone que "...Las investigaciones deben respetar plenamente la dignidad, la libertad y los derechos de la persona humana". También, en el artículo 2 se expone que "el genoma es la base de todos los miembros de la familia humana y del reconocimiento de su dignidad intrínseca y diversidad³³ .

El artículo 1 del Convenio de Bioética del Consejo de Europa "Las Partes en el presente Convenio protegerán al ser humano en su dignidad y su identidad y garantizarán a toda persona, sin discriminación alguna, el respeto a su integridad y a sus demás

³¹ DE MIGUEL BERIAIN, IÑIGO., "Consideraciones sobre el concepto de dignidad humana", Anuario de filosofía del derecho, 2004, Tomo XXI, pp. 187-212.

³² Carta de Naciones Unidas. Preámbulo. Disponible en: <http://www.un.org/es/sections/un-charter/preamble/index.html>

³³ Declaración Universal sobre el Genoma Humano y los Derechos Humanos. Disponible en: http://portal.unesco.org/es/ev.php-URL_ID=13177&URL_DO=DO_TOPIC&URL_SECTION=201.html

derechos y libertades fundamentales con respecto a las aplicaciones de la biología y la medicina”³⁴.

También en la CE, su artículo 10.1 recoge el principio de la dignidad. Este reconocimiento en el derecho internacional ha tenido una influencia clara, y decisiva, en el ámbito de la Bioética y el Bioderecho. En este sentido, la CE considera la dignidad humana y el libre desarrollo de la personalidad como la base última de la convivencia democrática; es decir, la democracia constitucional no se estima viable si no adopta como criterios de orientación permanente la dignidad de la persona y el libre desarrollo de la personalidad. Los fines últimos del Estado democrático de derecho no pueden ser otros que el respeto por dichos grandes principios; y es por facilitar su desarrollo pudiendo exigir obediencia y, en este sentido, considerarse legítimo.

Por ello, como señala DIEZ-PICAZO, los poderes públicos son un instrumento al servicio de los seres humanos y no al revés. Los seres humanos no deben ser jamás tratados instrumentalmente respecto de los fines y política estatales. Dicho esto, en el ordenamiento español la cláusula de la dignidad de la persona no recoge un auténtico derecho fundamental, en el sentido de que no es predicable de ella el régimen jurídico de los derechos fundamentales expuesto en el art. 53 de la CE³⁵.

En concreto, todas las Declaraciones internacionales que, hasta la fecha, han versado sobre esta materia, han considerado a la dignidad humana como fundamento de los derechos. En realidad, el principio de la dignidad humana constituye la referencia de toda la actividad biomédica, hasta el punto de que le revela su sentido último. Tomarse en serio la dignidad humana implica un compromiso social, político y jurídico, que va más allá de una mera fórmula retórica o política.

Habiendo situado el término de DH y su implicación en la normativa legal, es necesario saber si la DH debe ser protegida ante prácticas eutanásicas, por tanto, surge una cuestión ¿en una enfermedad terminal como se protege la DH? Pues no se requiere una protección especial ya que la dignidad es inherente al ser humano por lo que mantener y respetar sus derechos fundamentales, ya ejerce una protección. Si es cierto que determinadas situaciones clínicas conducen a una situación irreversible donde juega un papel importante en el mantenimiento de la DH con objeto de que ésta sea mantenida y que las personas afectadas se sientan consideradas en el período final de la vida³⁶.

En realidad, el principio de la DH constituye la referencia básica de cualquier intervención médica y/o investigación Biomédica, lo que implica un compromiso social, político y jurídico, que va más allá de una mera fórmula retórica o política. Por

³⁴ Convenio Europeo de Derechos Humanos. Disponible en www.echr.coe.int/documents/convention_spa.pdf

³⁵ DÍEZ-PICAZO, LM., “Sistema de derechos fundamentales”, Madrid, 3.ª ed., Civitas, 2008, pp.60-124.

³⁶ RATI, P et al., Bioethical issues and legal frameworks of surrogacy: A global perspective about the right to health and dignity. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2021 Mar; 258:1-8.

ello, despenalizar la eutanasia implica no contemplar la dimensión social e individual de la persona sino que solo reduciría la dignidad y no se integraría dentro del concepto de autonomía, ligando la dignidad a una enfermedad terminal, de manera que la génesis de la misma implicaría la destrucción de la DH y de la vida como algo digno. Todo ello, sin olvidar el menoscabo del concepto de persona considerándolo como un sujeto aislado y no integrado en la sociedad³⁷.

4. EUTANASIA, UN CONCEPTO AMBIGUO Y DE COMPLEJO ANÁLISIS

El término es muy ambiguo por lo que no se puede esbozar una consideración perfectamente definida sobre las distintas acciones y situaciones indefinidas que pueden sucederse y coexistir. No obstante, con carácter general por eutanasia se considera aquella práctica que implica la inyección de sustancias letales, por un tercero, con la finalidad de provocar la muerte, quedando exceptuadas las acciones que provoquen una futilidad médica, sedación paliativa y limitación del esfuerzo terapéutico. Por tanto, al hablar de eutanasia hay que considerar una serie de aspectos tales como vida humana, autonomía individual, dignidad humana y la simbiosis médico-paciente-familia.

4.1. Marco legal de la eutanasia en el ámbito internacional

La normativa internacional en materia de reconocimiento de derechos humanos defiende el derecho a la vida y no considera directa e indirectamente ningún tipo práctica eutanásica ni eugenésica. De hecho, la Organización Mundial de la Salud, en 1990, consideró inútil legalizar la eutanasia, aunque en 2014 estableció como criterio que cada Estado tuviese la capacidad para decidir sobre su regulación.

Realizando un breve recorrido actual por los países que tienen aprobada la eutanasia se tiene que todos ellos comparten diferencias generando un estatus legal heterogéneo estableciendo y /o adaptando normativa legal para su desarrollo y que lo diferencian del suicidio asistido. A continuación, se enumeran los aspectos más generales de aquellos países que tienen despenalizada la eutanasia, tal y como ha descrito MARCOS DEL CANO³⁸ :

- Canadá. Su ley está en vigor desde el año 2016 solo para procesos incurables, aspecto que fue modificado hacia supuestos tales como pacientes afectados por

³⁷ MARTÍN, J.V. Dignidad personal: aclaraciones conceptuales y fundamentación. Quién: revista de filosofía personalista, 2015; 2:49-62.

³⁸ DEL CANO, M., MARÍA, A., & DÍAZ, T. (2019). Y de nuevo la eutanasia: una mirada nacional e internacional. Y de nuevo la eutanasia, 1-217.

enfermedad o padecimiento terminal. Se establecen estrictos requisitos, que incluyen desde solicitar el procedimiento 10 días antes de su ejecución, la presencia de dos testigos independientes y la aprobación de dos médicos, quienes deben confirmar que el paciente no tiene cura y que está en una avanzada fase de sufrimiento.

- Colombia. Aprobada la regulación por la Resolución 1216 del año 2015, ha sufrido modificaciones exceptuando cuando es insuficiente el desarrollo neurocognitivo para entender la muerte o con afectación de enfermedad psíquica o discapacidad intelectual.
- Australia. La eutanasia se aplica a personas con enfermedad incurable terminal, excluyéndose a personas con enfermedad mental y discapacidad. Está vigente desde el año 2019.
- Francia. La ley vigente desde el año 2016 refuerza el derecho del paciente a la renuncia del tratamiento, el consentimiento informado y se establece el derecho a la sedación profunda y continua, la opción de suspender la nutrición e hidratación, así como diversas situaciones en las cuales se pueden suspender todos los tratamientos.
- Alemania. En este país no existe una legislación específica que se haya elaborado sino que son las disposiciones penales y administrativas las que conforman el tratamiento jurídico de la eutanasia y que no se diferencia con lo contemplado para el suicidio asistido. Así, la última reforma del código penal alemán tipifica nuevas conductas penales sobre el incentivo del suicidio.
- Italia. Se combina la Ley 219/2017 con el código penal italiano. Dicha ley se cimenta sobre las voluntades anticipadas, consentimiento informado, la representación y decisión en situación de incapacidad, rechazo del tratamiento y la planificación de la atención.
- Uruguay. No regula explícitamente la eutanasia sino la suspensión, oposición, rechazo del tratamiento y procedimientos médicos, así como la protección de la objeción de conciencia.
- Holanda y Bélgica. Fueron los primeros países en aprobar la eutanasia y aplicarla a menores de 12 años y enfermos de Alzheimer. El requisito es un sufrimiento insoportable, ya sea físico o mental.
- Luxemburgo. Su regulación implica que los pacientes terminales tendrían la opción de solicitar el procedimiento después de recibir la aprobación de dos médicos y un panel de expertos.
- Nueva Zelanda establece que quienes soliciten la eutanasia deberán tener 18 años y tener la aprobación de dos médicos.
- Estados Unidos considera la eutanasia ilegal en la mayoría de sus estados, aunque California, Montana, Oregón y Vermont contemplan el suicidio asistido.
- Suiza permite el suicidio asistido y no la eutanasia ya que tiene la consideración de delito.

Llegados a este punto surgen varias dudas ¿Si la eutanasia es una prestación útil, necesaria y universal porque existen tan pocos países que la tienen contemplada? ¿Cómo es posible que la Asamblea Médica Mundial se haya mostrado contraria a la eutanasia en las declaraciones de Londres (1949), Sidney (1968), Venecia (1982), Madrid (1987), California (1990), Marbella (1992), Washington (2002 y 2021)³⁹. ¿Realmente la eutanasia constituye una demanda social? Son complejas las respuestas pero quizás, considerar por parte de los países, que el derecho a la vida no está condicionado a los determinantes que influyen en la vida, sino que el hecho que la vida debe gozar de una protección muy superior sea uno de los principales argumentos que justifican el rechazo a prácticas eutanásicas con carácter universal.

4.2. Reflexiones sobre la eutanasia. ¿Por qué no se justificaría su aplicación?

Hablar de eutanasia puede provocar una serie de reflexiones que son útiles analizar y que justificaría un posicionamiento contrario a su legalización y prestación como servicio sanitario por parte de los países:

a. *Pendiente resbaladiza*. Esta teoría implica iniciar en el futuro una serie de excepciones a la norma que parecen similares y que suponen un auténtico riesgo y peligros no contemplados que generalizarían actos no voluntarios a lo largo del tiempo⁴⁰. Conforme avance el tiempo, se debilitará el respeto por la vida, se limitarán cada vez más las inversiones en cuidados paliativos y los familiares presionarán a los enfermos para que decidan poner fin a su vida. Al final existirá el riesgo de disponer de una eutanasia involuntaria que podría afectar a personas competentes. En este sentido, el Derecho debe trabajar en el desarrollo de legislación que proteja el derecho a la vida y no consentir su acortamiento ni procedimientos que lo mermen⁴¹.

b. *Indefensión de las personas más vulnerables*. La eutanasia puede generar una coacción silenciosa e invisible que podría provocar una petición por parte de aquellas personas que se hallen en estado grave, discapacitados u otras que sin el adecuado soporte y apoyo familiar pueden considerarse una “carga” e “inútiles” pudiendo generarse en ellos un sentimiento de fracaso y necesidad de acabar con la vida.

c. *Consideración utilitarista de las personas*. Se antepone el valor de la vida frente a la calidad de la vida por lo que se puede considerar que las personas una vez que tienen algún impedimento para el desarrollo de sus funciones cognitivas previas a la

³⁹ PINNA, M.A. Actitudes y opiniones de los médicos ante la eutanasia y el suicidio médicamente asistido. 2012. Tesis Doctoral. Universidad de Zaragoza. Disponible en <https://zaguan.unizar.es/record/9612/files/TESIS-2012-107.pdf>

⁴⁰ PÉREZ, R LEÓN, Y. Eutanasia: la pendiente resbaladiza. Diario La Ley, 2020, no 9623, p. 2.

⁴¹ RYAN, C., “Pulling up the runway: the effect of new evidence on euthanasia’s slippery slope”, *Journal of Medical Ethics*, 1998, 24, pp. 341-344.

enfermedad ya no “útiles” pudiéndose generar en ellos un sentimiento que contemple a la eutanasia como su posible solución⁴².

d. *Desprotección por parte del Estado*. El ofrecimiento de la eutanasia como una prestación sanitaria por parte de los países frente a la inversión en cuidados paliativos supone la cosificación de la ciudadanía por parte de quien debe garantizar la protección de la vida y la puesta de todos los recursos posibles. Ello muestra la incapacidad de un país para garantizar unas adecuadas prestaciones sociosanitarias a su población.

e. *Desmotivación de los profesionales sanitarios*. Despenalizar la eutanasia implica que puede suponer una alteración de los principios del juramento hipocrático así como una profunda desmotivación de los profesionales médicos por un posible freno en la confianza que la sociedad puede tener en ellos durante su implicación asistencial. Todo ello, es fuente de potenciales problemas psicológicos, aún no suficientemente estudiados, así como su impotencia por formar parte de una administración que no oferta los recursos para proteger la vida⁴³.

f. *Desprecio a los cuidados paliativos*. Los cuidados paliativos deben suponer el principal aliciente a ofertar en una situación terminal de manera que aporten esperanza para poder disfrutar de una vida plena y afrontar la fase final de la vida. Por ello, se definen como “el cuidado total activo de los pacientes cuya enfermedad no responde a tratamiento curativo. Se incluyen el control del dolor y de otros síntomas y problemas psicológicos, sociales y espirituales es primordial”⁴⁴. En España, los cuidados paliativos se sustentan en el artículo 43 de la CE y la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. En su artículo 2.4, la Ley establece que “todo paciente o usuario tiene derecho a negarse al tratamiento, excepto en los casos determinados en la ley. Su negativa al tratamiento constará por escrito”. Así, atendiendo a lo dispuesto en su artículo 21 de la Ley 41/2002, se contempla que los pacientes ingresados puedan rechazar el tratamiento terapéutico propuesto, lo que provoca la obtención del alta hospitalaria. Esta situación genera el cese de la obligación legal de los profesionales sanitarios de prestar asistencia y al enfermo la capacidad de disponer sobre su propia vida. Así, la calidad en la toma de decisiones en el ámbito clínico depende de la colaboración entre profesionales cualificados y los pacientes competentes, lo que ha sido posible porque se ha pasado del modelo médico paternalista, en el que el médico tomaba decisiones e informaba a las personas, a un modelo interdisciplinar en el que se considera la voluntad de la persona enferma⁴⁵.

⁴² ZURRIARÁIN, R. Aspectos sociales de la eutanasia. Cuadernos de bioética, 2019, vol. 30, no 98, p. 23-34.

⁴³ PASTOR, L.M. Euthanasia and Bioethics. Cuad Bioet. 2019 Jan-Apr; 30(98):11-17.

⁴⁴ WHO. Definition of Palliative Care. Disponible en: www.who.int/cancer/palliative/definition/en/

⁴⁵ SECPAL. Problemas éticos al final de la vida. Disponible en: <https://www.secpal.com/PROBLEMAS-ETICOS-AL-FINAL-DE-LA-VIDA>.

No obstante, estos cuidados deberán basarse en el principio ético de doble efecto que tiene como condición que los cuidados sean buenos o neutros, buscando el mejor efecto beneficioso para que exista un equilibrio entre el resultado bueno y malo, así como la consecución de los resultados positivos que no proceden como consecuencia de una acción negativa⁴⁶.

g. No es posible una regulación completa. Ninguna de las leyes que promueven la eutanasia pueden regular todas las situaciones que se generan, por lo que no hay ninguna cobertura jurídica para su desarrollo, de ahí que, constituyan una fuente potencial de situaciones arbitrarias.

h. Contrario al criterio de santidad de la vida. La eutanasia es un argumento asociado a creencias religiosas donde la defensa de la vida supone un deber moral y jurídico. Así, habría que valorar el extremo, los contenidos y aplicación de la eutanasia para que no pueda condicionar la libertad religiosa amparada en las constituciones⁴⁷.

i. Ahorro de costes económicos. Actualmente no existen criterios, ni estudios empíricos que refrenden que la eutanasia se aplica como medida para reducir el gasto sanitario, ello no implica que, a priori, la inversión integral por enfermo en fase terminal en cuidados paliativos sea mayor que el coste del combinado aplicado en la práctica eutanásica.

4.3. Desmitificando la eutanasia

Son numerosos los argumentos justificados que se esgrimen a favor de la eutanasia y que pueden ser fácilmente desmontados y entre los que se destacan:

- *Existe un derecho a disponer sobre la propia vida.* Este principio tan asumido por los partidarios de la eutanasia confronta con lo establecido en la numerosa legislación internacional en la cual se protege el derecho a la vida. En este sentido, el Tribunal Europeo de Derechos Humanos en su doctrina afirma que el derecho a la vida no incluye disponer sobre ella ya que es un bien superior que debe protegerse por el ordenamiento jurídico.

De hecho, en España el Tribunal Constitucional a través de sus Sentencias 53/1985, 120/1990 y 154/2002 manifiesta que no existe un derecho a la vida ya que es un bien indispensable, que no está definido por la autonomía del paciente, que requiere protección, y para el cual los poderes públicos no pueden permitir la oferta de garantizar la muerte.

⁴⁶ RIVAS, F. Sedación paliativa en el final de la vida. Revista Iberoamericana de Bioética, 2022, no 18, p. 01-10.

⁴⁷ BEAUCHAMP, T. A Merciful End: The Euthanasia Movement in Modern America. Bulletin of the History of Medicine, 2004, vol. 78, no 1, p. 259-260.

- *La autonomía del paciente permite decidir sobre la vida.* El principio de autonomía del paciente, que sirve como base y justificación de las voluntades anticipadas, no tiene un contenido ilimitado, precisamente para garantizar y proteger el derecho a la libertad e integridad física y moral de los pacientes. Por ello, esa autonomía no puede ser contraria al ordenamiento jurídico, a las normas de la buena práctica clínica médica y procedimientos contraindicados para el tratamiento de la patología existente.
- *El sufrimiento justifica la eutanasia como medio para su extinción.* Numerosos estudios justifican la eutanasia como medio para paliar el sufrimiento de pacientes terminales aunque hay otros que muestran que la esperanza y la provisión de ayuda por parte de la Administración puede paliar el sufrimiento sin recurrir a la eutanasia. Por tanto, no se puede justificar el sufrimiento con la eutanasia como medio de protección de la autonomía y dignidad de la persona⁴⁸.
- *La dignidad se asocia a la capacidad de las personas.* Este argumento no resulta cierto ya que la dignidad y la pérdida de ésta no se relaciona con el final de la vida ni con situaciones que implican una pérdida funcional de las personas en el aspecto fisiológico y/o cognitivo⁴⁹.
- *Existe una demanda social para su implantación.* Los estudios sobre las preocupaciones de la sociedad no sitúan a la eutanasia como un problema social, otro aspecto distinto es la creación de una opinión interesada en la sociedad, a base de información, en algunos casos sesgada, de hechos concretos y con un claro carácter utilitarista donde solo se muestra personas que trasladan un sufrimiento en una situación agónica. Nunca se habla de los cuidados paliativos y su importancia ante esas situaciones.
- *Proporciona un carácter humanitario y dignifica la muerte.* Ser humanitario con las personas moribundas no implica proporcionar una muerte por ningún tipo de interés ni por la pérdida de patrones y hábitos ancestrales sino que revela un fracaso social⁵⁰.

4.4. Muerte digna y calidad de vida. Antagonismo en eutanasia.

Desde los orígenes griegos, numerosos filósofos han abordado la muerte como el fin y límite de la vida, así como el sentido de la existencia humana, contemplando la

⁴⁸ HEIMBACH, J.K., To Thine Own Self Be True. Transplantation. 2020 Jul; 104 (7):1326-1327.

⁴⁹ SJÖSTRAND. M., Autonomy-based arguments against physician-assisted suicide and euthanasia: a critique. Med Health Care Philos. 2013 May; 16(2):225-30.

⁵⁰ MALESPINA, M.L., "Cuestiones jurídicas al final de la vida, Persona y Bioética", 2017:21(2), pp. 243-258.

realidad humana de la muerte y la vida. Muchas de las reflexiones filosóficas se han centrado en el estudio y esclarecimiento de la vida humana como un hecho mortal⁵¹.

En el ámbito contemporáneo, se contemplan dos corrientes filosóficas sobre la muerte. Así, existe una biologicista y otra esencialista, que se han desarrollado desde hace varias décadas y que permiten comprender el concepto de la muerte. La teoría biologicista, defendida por BERNAT, sostiene que "la muerte es un fenómeno biológico común a todas las especies y se refiere a la muerte del organismo como un carácter permanente. Su argumentación está basada en el criterio de muerte encefálica que conlleva la pérdida de las funciones del organismo"⁵².

Atendiendo a la teoría esencialista, defendida por DANIEL WIKLER, ésta muestra un dualismo que distingue muerte de persona y muerte del cuerpo⁵³. Así, según sus postulados, la muerte está basada en la identidad individual.

Los recientes avances en el campo de la Biomedicina pretenden prolongar al máximo la vida⁵⁴. Así, cada vez más, se desarrollan técnicas y/o procedimientos que permiten alargar la vida de un enfermo en su fase final. Actualmente es justificable no utilizar medios artificiales que conserven la vida de los seres humanos enfermos sin opción a ningún tipo de mejoría. De ahí, que surjan controversias que deben clarificarse acerca del comportamiento a seguir ante la fase final y la proporcionalidad de las técnicas utilizadas, siendo estos dilemas los que suelen aprovechar los partidarios de la eutanasia para justificar su aplicación⁵⁵. Lo éticamente destacado en aquellas situaciones que exigen la conservación de la vida es considerar la existencia de medios proporcionados que serán lícitos y obligatorios. De ahí que, el uso de otros medios se vinculará a la existencia de un grave deber de caridad o justicia, y que permite una excepción a esta norma si concurren las siguientes circunstancias tales como el empleo de técnicas desproporcionadas si constituyen la opción de cumplir un deber caridad y/o de justicia. También, recurrir al uso de técnicas artificiales que podrían ser obligatorias cuando fuesen el único modo de permitir que el paciente cumpliera con otros deberes más serios, como los de la piedad, la caridad o la justicia. Sin embargo, es necesario adoptar una actitud coherente ante el final de la vida, así ésta se puede eludir, negar o aceptar⁵⁶.

Por ello, la ética de la muerte propone actuar conforme a lo dispuesto en el Juramento Hipocrático, de hacer todo lo que se pueda en base al conocimiento exis-

⁵¹ FEUBERBACH, L., *Pensamientos sobre muerte e inmortalidad*, Madrid, Alianza, 1993, pp. 150-180.

⁵² GERT, B., "Personal identity and the body", *Dialogue*, 1971, pp. 468-478.

⁵³ GREEN, M., "Brain death and personal identity", *Philosophy Public Affairs*, 1980, p.9ss.

⁵⁴ NUÑEZ PAZ, M.A., *Homicidio consentido, eutanasia y derecho a morir*, Madrid, Edit. Tecnos, 1999, pp. 496-497.

⁵⁵ SERRANO, J.M., *Eutanasia y vida dependiente*, Madrid, Ediciones Internacionales Universitarias, 2001, pp. 52-125.

⁵⁶ CATALDI, R., *Manual de ética Médica*, Buenos Aires, Editorial Universidad Buenos Aires, 2003, pp. 135- 220.

tente, debiéndose conocer los límites científicos, y técnicos frente a cualquier situación clínica⁵⁷. No obstante, los continuos avances médicos han provocado que se puedan ampliar todos los límites existentes para actuar en la fase final de la vida y donde los profesionales sanitarios deben asumir la toma de decisiones, algo que, hasta hace poco tiempo, no era su competencia.

Así, aunque se pueda considerar como un logro cumplido y una satisfacción por un nuevo “derecho conseguido” la eutanasia es una decisión trágica, pues pensar que la propia muerte es mejor que seguir viviendo no es una decisión acertada. No obstante, existe una absurda satisfacción por la eutanasia que lleva a pensar que es un poder ilimitado que permite disponer sobre la propia vida cuando precisamente el concepto de la vida no puede limitarse a una decisión responsable, moral por petición o porque se entienda que la eutanasia surge como una libertad frente al sufrimiento cuando precisamente prácticas eutanásicas implican una regresión moral y ético de la sociedad porque el ser humano no es dueño de su vida.

Llegado a este punto surge una reflexión ¿la eutanasia no proporciona una dignidad en el proceso de morir frente a un mantenimiento artificial de la vida que prolonga la agonía y el sufrimiento? Nuestra sociedad muestra el derecho a una muerte digna como el mecanismo para aliviar los síntomas, con objeto que la vida no sea mantenida de forma artificial con medios extraordinarios y sin sufrir el encarnizamiento terapéutico. Por ello, es frecuente referirse a calidad de muerte como un concepto ligado a la muerte digna entendiéndose que ésta se integra en un proceso natural que forma parte de la vida.

Actualmente, la atención a las personas moribundas es un derecho reconocido y existe un marco legal que ordena y regula la práctica de la profesión sanitaria en este sentido. No obstante, el abordaje de estos pacientes sigue mostrando importantes dificultades tales como enfrentarse a una sociedad que niega la muerte, la incapacidad de predecir el momento exacto de la muerte, la elevada carga asistencial que se requiere y la ausencia de formación específica en cuidados paliativos. Con frecuencia los profesionales sanitarios carecen de orientación sobre aquello que satisface a los pacientes en su fase final entre los cuales se destaca la falta de continuidad en la atención médica, la información insuficiente y la necesidad de discutir sobre las diferentes situaciones que aparecen al final de la vida⁵⁸. Por ello, tener una buena muerte sigue siendo un objetivo difícil a pesar de los avances conseguidos en Medicina, de ahí, la necesidad de buscar el equilibrio que permita ofrecer una atención que disminuya el sufrimiento y conserve la dignidad de las personas.

En España, la legislación sobre la muerte digna se fundamenta en aceptar el derecho de las personas enfermas a rechazar una determinada intervención sanitaria. Todo

⁵⁷ LAÍN ENTRALGO, P., “La Medicina hipocrática”, *Revista de Occidente*, 1970, 19, pp. 21-42.

⁵⁸ PROULX, K., “Dying with dignity: The good patients versus the good death”, *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, 2004, 21, pp. 116-120.

eso se basa en los principios que integran la Ley General de Sanidad, la Ley 41/2002 y en la Recomendación 1418/1999 sobre “Protección de los derechos humanos y la dignidad de los enfermos terminales y moribundos” que reconoce el derecho de los pacientes a recibir unos cuidados paliativos de alta calidad⁵⁹. No obstante, a partir de esa ley se ha desarrollado numerosa normativa autonómica cuyos fundamentos se inspiran en:

- ✓ La garantía de respetar el derecho a la plena dignidad de la persona en el proceso de la muerte.
- ✓ La promoción de la libertad, la autonomía y la voluntad de la persona, de acuerdo con sus deseos, preferencias, creencias o valores, así como la preservación de su intimidad y confidencialidad.
- ✓ La garantía que el rechazo al tratamiento, por voluntad de la persona o la interrupción del mismo, no suponga el menoscabo de una atención sanitaria integral y del derecho a la plena dignidad de la persona en el proceso de su muerte.
- ✓ Garantizar el derecho de las personas candidatas a recibir unos cuidados paliativos integrales y un adecuado tratamiento del dolor en el proceso de su muerte.
- ✓ La igualdad efectiva y la ausencia de discriminación en el acceso a los servicios sanitarios en el proceso de la muerte.

WALSTON y otros autores determinaron que la calidad de muerte es definida como “la calidad de vida que experimenta el enfermo en los tres últimos días de su existencia”, además dichos autores diseñaron una herramienta para evaluar la calidad⁶⁰. Sin embargo, otros autores consideran que la falta de dignidad en el proceso de la muerte se sustenta en la existencia de sufrimiento físico, padecimiento psíquico y patologías que cursan con daño cerebral irreversible y un estado vegetativo sostenido por tecnología sanitaria⁶¹. Por ello, con respecto al concepto de muerte digna hay varias consideraciones que pueden generar una alteración de su significado y realidad por lo que se pueden adoptar diversas posturas tales como un posicionamiento biológico que defiende el valor de la vida con independencia de los factores que les afectan, otro utilitarista que solo valora la vida a partir de criterios de utilidad social o rendimiento. Por último la sacralidad de la vida actuaría como un posicionamiento donde la calidad de la vida no puede enjuiciar el derecho a la vida ya que este se

⁵⁹ Recomendación 1418 (1999) Protección de los derechos humanos y la dignidad de los enfermos terminales y moribundos. Disponible en <https://ocw.unican.es/pluginfile.php/852/course/section/924/Recomendacion%25201418%25201999%2520del%2520Consejo%2520de%2520Europa.pdf>

⁶⁰ WALSTON, K., “Comporting the quality of death for hospice and non-hospice centerpatients”, *Medicine Care*, 1988, 26, pp. 177-182.

⁶¹ SAINZ, E., “Eutanasia y derecho penal. Granada”, *Revista de la Facultad de Derecho de la Universidad de Granada*, 1987, 12, pp. 63-80.

fundamenta en la igualdad del valor de la vida de todo ser humano, y por tanto, la prohibición de limitarla intencionalmente⁶².

Uno de los factores recurrentes con respecto a las decisiones que se pueden recoger en el documento de voluntades anticipadas es aludir al concepto de calidad de la vida, pero ¿A qué hace referencia este término? Es complejo ofrecer una definición exacta aunque puede definirse como el conjunto de condiciones necesarias tanto biológicas o psicológicas que permiten la autonomía para realizar las funciones propias y cotidianas del ser humano. Hay diferentes teorías que abordan la calidad de la vida, así PETER SINGER manifiesta que la consideración de la vida no puede separarse de su calidad⁶³. No obstante, son numerosos los autores cuya postura se posiciona con todo aquello que considere a la vida como un valor separado de su calidad. Así, pues MARCOS DEL CANO, indica que se pueden adoptar varias posturas sobre la vida humana como valor: a) sagrado, que debe protegerse debido a su gran importancia para el individuo y para la sociedad, considerando el valor de la vida previo a cualquier ordenamiento jurídico; b) primario y fundamental, que es predominante cuando entra en colisión con otro valor; c) como derecho, ya que la mayoría de los doctrinarios considera que la vida es un derecho⁶⁴.

Es frecuente asociar el concepto de calidad de la vida como justificación de la eutanasia porque el enfermo está sufriendo o porque su vida carece de “calidad” ya que no puede disponer de toda su capacidad funcional. Esto implica condicionar la vida a la posesión de ciertas cualidades o ventajas. Se niega, pues, que la persona humana posea una dignidad y un valor intrínseco y absoluto, de manera que la vida tenga valor por la condición de ser persona⁶⁵.

Cuando el criterio ético fundamental no es la dignidad humana sino “la calidad de vida”, como ocurre en las corrientes partidarias de la eutanasia, se puede llegar a justificar cualquier acción contraria a la vida porque ya no es la persona humana la que debe ser respetada siempre y en toda circunstancia, sino sólo aquellas personas cuyas vidas humanas tienen cierta calidad de vida. Por eso, el criterio a considerar desde la Bioética incluye la dignidad, el valor intrínseco y absoluto de la persona humana, pues sólo admitiendo la dignidad ontológica e incondicionada de la persona se salvaguarda y se garantiza la auténtica dignidad en el proceso de la muerte⁶⁶. En este sentido, la “calidad de vida” hay que valorarla en el marco de la intangibilidad de la

⁶² MARCOS DEL CANO, A.M., *Voluntades anticipadas*, Dykinson, Madrid, 2014, pp. 175-220.

⁶³ SINGER, P., *Desacralizar la vida humana. Ensayo sobre ética*, Madrid, Edit. Catedra, 2003, pp. 301-307.

⁶⁴ MARCOS DEL CANO, A.M., *Voluntades anticipadas*, Dykinson, Madrid, 2014, pp. 175-220.

⁶⁵ CASTAÑEDA, A.J., “Cómo refutar los argumentos en favor de la eutanasia y el suicidio asistido”. Disponible en: www.notivida.com.ar/Articulos/Eutanasia/Como%20refutar%20los%20argumentos%20a%20favor%20de%20la%20eutanasia.html

⁶⁶ ORTEGA Y GASSET, J., *Unas lecciones de metafísica*, Madrid, Alianza, 1996, p. 123.

vida. Solo de esta manera se respeta el valor de toda persona en cualquier instante de su existencia.

En aquellas situaciones donde la muerte es inevitable, el objetivo primordial de la atención sanitaria ya no es el mantenimiento y prolongación de la vida del enfermo, que podría derivar en un encarnizamiento terapéutico, sino garantizar el grado de calidad con la que termine de vivir y la preservación de su dignidad. Mantener o instaurar determinados tratamientos puede resultar desproporcionado y provocar consecuencias negativas para el estado global del enfermo. También, cuando las medidas terapéuticas ya no son proporcionadas ni resultan útiles, es oportuno y lícito, desde el punto de vista de una ética personalista, el cambio de orientación en el tratamiento, hacia unos cuidados paliativos y humanizados, que atenúen el dolor, el sufrimiento y que aporten cierto confort para afrontar y aceptar la muerte⁶⁷.

No hay documentos que justifiquen recurrir a la eutanasia por criterios económicos, escasez de recursos, ni por criterios de futilidad. Sin embargo, la ausencia de estudios, ¿Implica que no se considere esa opción? ¿Puede ser peliagudo realizar un análisis de costos sanitarios frente a la aplicación de la eutanasia en personas moribundas? Quizás no se realicen estudios que pongan de manifiesto cuanto se puede ahorrar económicamente en proporcionar la eutanasia frente a unos cuidados paliativos, pero no se puede obviar que resulta más económico la aplicación de la “inyección eutanásica”. Este hecho, desde el punto de vista de la gestión económica puede ser considerado, pero en los marcos de la Bioética y el Derecho supone una aberración ya que implicaría la violación del derecho a la vida, así como de los principios de la Bioética. Sin embargo, lo que puede generar pavor es el potencial enmascaramiento de prácticas eutanásicas justificadas en una mejora de la calidad de la muerte y que consideran que existe un “derecho a morir” para lo cual se justifica la eutanasia a la que se “atribuyen propiedades” como evitar padecer sufrimiento para otorgar “un derecho a morir”. Todo ello, bajo la óptica de un carácter utilitarista de la vida y sin adecuadas legislaciones que potencien los cuidados paliativos.

Actualmente, hay diversas teorías y corrientes que apoyan el suicidio asistido, de hecho, existen diversos países europeos que autorizan legislativamente dicha posibilidad, algo que supone un grave recorte a un derecho supremo como es el derecho a la vida. No se puede concebir el derecho a morir asistidamente, entre otros aspectos, porque supone una desnaturalización de un derecho fundamental que puede generar consecuencias impredecibles y una serie de potenciales abusos con repercusiones negativas en la sociedad. Aunque en España no está autorizado el suicidio asistido, si existen leyes autonómicas relativas a lo que se denomina “muerte digna” que algunos especialistas en Bioética consideran que puede constituir un reducto y vacío legal para consentir acortar la vida, aludiéndose a una carencia de sufrimiento. Pero

⁶⁷ ESPARZA, C., “Limitación del esfuerzo terapéutico El caso de Terri Schiavo” Disponible en <http://publicacionesdidacticas.com/hemeroteca/articulo/074078/articulo-pdf>

¿Realmente importa paliar el sufrimiento o se pretende un ahorro del gasto sanitario ante patologías terminales irreversibles? ¿No hay farmacología y/o cuidados para evitar el sufrimiento en cualquier proceso final de la vida? Tal y como enuncian algunos bioeticistas, el suicidio asistido y la despenalización de la eutanasia suponen una potencial herramienta para justificar la eutanasia en base a situaciones terminales por las cuales puede enfrentarse a cualquier persona. Entonces ¿Se justifica la retirada o no instauración de un soporte vital en el final de la vida si la eutanasia está despenalizada? ¿El Estado, como garante del derecho a la vida, puede enmascarar un acortamiento de la vida ofertando recursos legales y profesionales, que pudieran condicionar la decisión del enfermo en situación terminal hacia la petición de la muerte?

Por todo ello, son más que aceptables los posicionamientos contrarios a la aceptación de que la eutanasia está relacionada con una muerte digna y una mejora de la calidad de la vida, para ello, se parte de las siguientes consideraciones:

- La dignidad humana es inherente a la persona.
- El derecho a la vida es un principio superior del ordenamiento jurídico que es inviolable.
- Los profesionales sanitarios deben respetar las decisiones morales y la libertad religiosa con independencia de los criterios técnicos.
- El valor de la vida y su calidad no están relacionados con la capacidad funcional y cognitiva.
- No se debe confundir el concepto de calidad de la vida en un proceso de rechazo al tratamiento.
- No toda la decisión adoptada por el enfermo debe considerarse acertada por el hecho de tomarse libremente.
- Los profesionales sanitarios no pueden actuar de manera neutra ante cualquier dilema bioético que se produzca.

5. ANALIZANDO LA LEY ORGÁNICA 3/2021 DE 24 MARZO

La Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia está en vigor en España desde el pasado 25 de junio de 2021⁶⁸ aunque la posible vulneración de los artículos 168 y 169 de la CE mantiene a esta ley recurrida ante el Tribunal Constitucional. Dicha ley considera la eutanasia como un derecho que se incluye dentro de la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud.

Actualmente, esta ley es acogida de una manera polarizada por parte de los detractores y/o partidarios de la eutanasia, y con bastante recelo por diversos sectores sanitarios ante la imposibilidad de proponer otras alternativas, así como por su escaso

⁶⁸ Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia. BOE» núm. 72, de 25 de marzo de 2021, páginas 34037- 340499.

consenso y su ambigüedad manifiesta en algunos aspectos. De hecho, el Comité de Bioética de España, órgano asesor al Ministerio de Sanidad, entre sus conclusiones por las cuales manifiesta su posicionamiento contrario a la ley indica literalmente que “existen sólidas razones para rechazar la transformación de la eutanasia y/o auxilio al suicidio en un derecho subjetivo y en una prestación pública. Y ello no solo por razones del contexto social y sanitario, sino, más allá, por razones de fundamentación ética de la vida, dignidad y autonomía”, a la vez que manifiesta que “Legalizar la eutanasia y/o auxilio al suicidio supone iniciar un camino de desvalor de la protección de la vida humana cuyas fronteras son harto difíciles de prever, como la experiencia de nuestro entorno nos muestra”⁶⁹.

Ante esto cabe preguntarse ¿Qué peligros aportará la ley cuando un comité independiente y asesor del Ministerio de Sanidad muestra su disconformidad? ¿Qué motivación existe por parte del Estado, para hacer caso omiso a su órgano asesor en un tema tan complejo? ¿Por qué no ha sido consensuada con los diferentes sectores sanitarios que hayan podido eliminar la falta de concreción de algunos aspectos? Quizás todo obedezca a un criterio ideológico y/o económico o tal vez no, pero si es cierto que tal y como está planteada la ley es muy cuestionable en algunos aspectos que se pretenden abordar a continuación:

5.1. Filosofía de la ley

En el preámbulo se manifiesta que “La presente Ley pretende dar una respuesta jurídica, sistemática, equilibrada y garantista, a una demanda sostenida de la sociedad actual como es la eutanasia”, sin embargo, dos meses previos a su génesis, en el Barómetro del CIS correspondiente a Enero de 2021, no figura entre las principales preocupaciones de los españoles la eutanasia⁷⁰, aunque si se recogen, en ese barómetro, 3 cuestiones en las cuales se preguntan sobre la eutanasia y sorprende que un 48,1% esté conforme con ella pero que un 31,8% tiene dudas y que su opinión depende de la situación. Todo ello, muestra un gran desconocimiento sobre la eutanasia y los riesgos que conlleva y que quizás solo exista el conocimiento, en algunas ocasiones, dirigido a crear opinión favorable, generado por medios de comunica-

⁶⁹ INFORME DEL COMITÉ DE BIOÉTICA DE ESPAÑA SOBRE EL FINAL DE LA VIDA Y LA ATENCIÓN EN EL PROCESO DE MORIR, EN EL MARCO DEL DEBATE SOBRE LA REGULACIÓN DE LA EUTANASIA: PROPUESTAS PARA LA REFLEXIÓN Y LA DELIBERACIÓN. Disponible en <http://assets.comitedebioetica.es/files/documentacion/Informe%20CBE%20final%20vida%20y%20la%20atencion%20en%20el%20proceso%20de%20morir.pdf>

⁷⁰ BARÓMETRO DE ENERO 2021. CIS disponible en: http://datos.cis.es/pdf/Es3307marMT_A.pdf

ción que solo se centran en casos conocidos y mediáticos como Ramón Sampedro⁷¹, Inmaculada Echevarría⁷² o más recientemente María José Carrasco⁷³.

Realizando una revisión de los barómetros del CIS⁷⁴ tres años previos a la aprobación de la ley, no figuran cuestiones sobre la eutanasia y no como uno de los principales problemas de la sociedad, por tanto, es realmente curioso que para ser un aspecto que genera tanta demanda social, no figure entre los principales problemas por parte de la sociedad española.

También, se indica que existe un “debate sobre eutanasia desde el punto de vista de la Bioética” algo que no se justifica, pues excepto ciertos casos mediáticos que trascienden, por los medios de comunicación, a la opinión pública, la mayoría de las personas no suelen reclamar la eutanasia como un derecho a establecer.

Para tratar de equiparar la ley española con otras se manifiesta que se quiere seguir el ejemplo de otros países y se hace alusión a “el panorama de los países de nuestro entorno” queriéndose justificar como si fuese algo muy extendido en la Unión Europea, cuando la realidad muestra que solo son siete países. De hecho, en el texto no se citan esos “países del entorno”.

Con respecto a la justificación y equiparación de la eutanasia como “un nuevo derecho individual” se reconoce cuando se indica que :a) “La legalización y regulación de la eutanasia se asientan sobre la compatibilidad de unos principios esenciales que son la base de los derechos de las personas, y que son así recogidos en la Constitución española”; b) la “Ley introduce en nuestro ordenamiento jurídico un nuevo derecho individual como es la eutanasia”; c) “Así definida, la eutanasia conecta con un derecho fundamental de la persona constitucionalmente protegido como es la vida, pero que se debe cohonestar también con otros derechos y bienes, igualmente protegidos constitucionalmente”. En este sentido, se pretende otorgar la cualidad de derecho a algo que supone un “atentado” al derecho a la vida y a su papel regulador y fundamentado del resto de derechos humanos, pues con ello se quiere desnaturalizar los límites del derecho a la vida ya que se está fundamentando el derecho a morir en la dignidad personal. Ello implicaría comprender la dignidad humana como una autodeterminación de la vida, aspecto que no tendría sentido, desde su concepción, restringiéndose solo a un aspecto basado en el carácter terminal de la situación. De hecho, la concepción de eutanasia como derecho se basa en la teoría contraria a evitar que la concepción moral o religiosa se imponga y este es un planteamiento erróneo

⁷¹ 24 años de la muerte de Ramón Sampedro, el gallego que abrió el debate de la eutanasia en España. Nius Diario. Disponible en: https://www.niusdiario.es/espana/galicia/24-anos-aniversario-muerte-ramon-sampedro-gallego-abrio-debate-eutanasia-espana_18_3265245841.html.

⁷² La muerte digna nació en Granada. Ideal Digital. Disponible en: <https://www.ideal.es/granada/201510/06/muerte-digna-nacio-granada-20151006140238.html>

⁷³ “No quiero dormirme, quiero morirme”. El país digital 16 octubre 2018. Disponible en: https://elpais.com/sociedad/2018/10/12/actualidad/1539358372_504620.html

⁷⁴ https://www.cis.es/cis/open/cm/ES/11_barometros/depositados.jsp

ya que si el Estado abandona su función como garante de la vida, entonces se sigue imponiendo una nueva concepción moral sobre la muerte, con lo que no se erradica ese planteamiento de “concepción moral” con el que se supone que debe acabar la eutanasia⁷⁵.

Por último, sorprende que en el preámbulo se afirme que “los países que despenalizan las conductas eutanásicas cuando se considera que quien la realiza no tiene una conducta egoísta, y por consiguiente tiene una razón compasiva”, pues ¿Qué se entiende como conducta egoísta y por compasividad? ¿Quizás se está justificando una actitud ilícita? o tal vez ¿Se pretende generar una indeterminación legal sobre aspectos que no son medibles objetivamente y que son susceptibles interpretaciones diversas? De hecho, la compasividad no puede ser el único criterio a considerar, ya que basar nuestro sistema ético y, con mayor razón, nuestro sistema legal en aquélla es peligroso y jurídicamente inseguro según afirma el Comité de Bioética de España en su informe sobre la eutanasia.

5.2. Objeto y fines

“El objeto de esta Ley es regular el derecho que corresponde a toda persona que cumpla las condiciones exigidas a solicitar y recibir la ayuda necesaria para morir, el procedimiento que ha de seguirse y las garantías que han de observarse” por tanto, aquí se equipara la eutanasia como un derecho. El objeto de la ley per se muestra poco valor por el derecho a la vida. Así, no hay aspecto más clarificador que lo manifestado por el Comité de Bioética de España en su informe sobre la eutanasia “El reconocimiento constitucional del derecho a la vida no supone atribución de facultad que permite el ejercicio del derecho, sino que constituye una garantía que prohíbe la violación del mismo, es decir, constituye un instrumento de protección de la vida. No se reconoce la vida para que el sujeto pueda vivir, sino que se reconoce para que el sujeto pueda seguir viviendo sin injerencias por parte de terceros”. Por tanto, en esta ley existen varios elementos que otorgan un escaso valor a la vida como derecho supremo del ordenamiento jurídico a proteger, ya que se establece el principio de autonomía como base para decidir sobre el derecho a la vida y que la buena muerte, se asocia al derecho de eutanasia. ¿No sería más fácil incrementar la financiación para los cuidados paliativos?

⁷⁵ ALTISENT, R, A et al.. Eutanasia: ¿es esta la ley que necesitamos? *Aten Primaria*. 2021; 53 (5):102057.

5.3. Principios fundamentales

Existen una serie de principios subyacentes al articulado que integra la ley tales como:

- El respeto a la dignidad de la persona, que debe ser la base de cualquier ley que regule aspectos de los derechos de la persona, aparece asociado a la eutanasia o a la muerte digna con lo que no se otorga un carácter de dignidad con el tratamiento que debiera.
- Consideración de la libertad, autonomía y voluntad de la persona. Se entremezclan conceptos que a veces se tratan por separado por lo que se genera una duda con respecto a su regulación.
- Protección de la intimidad y confidencialidad en todo el procedimiento relativo a la petición, aceptación y ejecución. Lo único que realiza la ley es resaltar y potenciar las garantías de aspectos que ya gozan de una alta protección.
- Derecho a solicitar la ayuda para morir. En este aspecto coexisten de manera conjuntas las definiciones de eutanasia y auxilio médico al suicidio, consistiendo la primera en la provocación intencionada de la muerte de una persona que padece una enfermedad avanzada o terminal, a petición expresa de ésta, y en un contexto médico, y el segundo, la ayuda médica para la realización de un suicidio, ante la solicitud de una persona enferma, proporcionándole los fármacos necesarios para que ella misma se los administre. En las definiciones de la Ley 3/2021 se engloba en el mismo conjunto la eutanasia y el suicidio asistido bajo el término genérico “prestación de ayuda para morir”.
- Principio de justicia para el acceso a la prestación de ayuda para morir con el cual se pretende a la nueva prestación de la cartera de servicios sanitarios.
- Derecho a una atención personalizada para solicitar la ayuda para morir.

5.4. Definiciones

Las definiciones expuestas en la ley generan ciertas dudas, así, cuando se define el concepto de enfermedad grave e incurable se hace referencia a la expresión “que el paciente considere tolerables”, sin definir el concepto de lo tolerable y dejando la más amplia subjetividad en la interpretación y aplicación.

Sin embargo, el máximo exponente de la consideración utilitarista de la vida se alcanza con los términos imprecisos y no definidos como fragilidad y sufrimiento. Se recoge en la definición ofrecida de padecimiento grave, crónico e imposibilitante como “situación que hace referencia a limitaciones que inciden directamente sobre la autonomía física y actividades de la vida diaria, de manera que no permite valerse por sí mismo, así como sobre la capacidad de expresión y relación, y que llevan asociado un sufrimiento físico o psíquico constante e intolerable para quien lo padece”.

Con respecto a la garantía del procedimiento, la figura del médico consultor definido como “facultativo con formación en el ámbito de las patologías que padece el paciente y que no pertenece al mismo equipo del médico responsable” deja una imprecisión como actor independiente al cual se debe consultar, ya que no se exige que sea especialista sino tener formación es decir ¿Ante un caso de enfermedad terminal por cáncer de páncreas se podría contar con un especialista en Medicina Interna con formación en oncología? pues a tenor de la ley así sería posible pues la consideración de formación puede ser tan amplia que no queda concretada.

En la ley se debería haber incorporado definiciones sobre términos que se mencionan en el texto y que no se definen tales como compasividad, decisión autónoma, presión externa, historia clínica, testamento vital, voluntades anticipadas, documento de instrucciones previas, proceso deliberativo, sufrimiento y conflicto de intereses.

5.5. Derechos

La ley contempla el derecho para solicitar la prestación de ayuda para morir, recibir la información necesaria sobre su diagnóstico y pronóstico, adaptada a sus capacidades cognitivas y sensoriales, derecho a ser informado sobre la posibilidad de formular las voluntades anticipadas, derecho al estudio y valoración de la petición ayuda para morir por un comité independiente, objeción de conciencia de los profesionales sanitarios.

5.6. Personas con incapacidad para decidir

La ley contempla que “si el médico responsable considera que la pérdida de la capacidad de la persona solicitante para otorgar el consentimiento informado es inminente, podrá aceptar cualquier periodo menor que considere apropiado en función de las circunstancias clínicas concurrentes, de las que deberá dejar constancia en la historia clínica”. “En el caso de haber nombrado representante en ese documento será el interlocutor válido para el médico responsable”. Esto permite la autonomía al profesional sanitario para adelantar el plazo establecido en las condiciones de aplicación de la ley “si el médico lo considera.....podrá aceptar cualquier periodo menor que considere apropiado en función de las circunstancias clínicas” algo que no está concretado y que puede ser fuente potencial de errores y gran ambigüedad entre los profesionales sanitarios”.

5.7. Menores

La ley no valora nada sobre los menores, de ahí que, hubiera sido útil el reconocimiento de:

- Derecho a la información y toma de decisiones que en este caso supone recibir información adaptada a su edad, madurez, desarrollo mental, estado afectivo y psicológico
- Si el menor no es capaz, ni intelectual ni emocionalmente, de comprender el alcance de la intervención, se establece que dará el consentimiento el representante legal del menor después de escuchar su opinión.
- Los menores emancipados (o con 16 años cumplidos) que no se les considere incapaces y que no estén incapacitados, no cabe la representación. Esto resulta lógico, porque a casi todos los efectos el menor emancipado es considerado como mayor de edad.

5.8. Profesionales sanitarios

Los profesionales sanitarios, destinados a curar, con esta proposición de ley, asumen la tarea de “observar” cómo se agota la vida. Así, gracias a la “sustancia” que prescribe el médico “mantendrá la debida tarea de observación y apoyo hasta el momento de su fallecimiento” por lo que cabe preguntarse: ¿Qué apoyo se puede dar a una persona a la que se le permite que fallezca? ¿Puede haber sufrimiento en ese proceso de morir?

5.9. Comisión de Seguimiento y Evaluación

La Comisión, establecida por la ley, carece de una homogeneidad en las distintas autonomías, desde su implantación, con respecto a la formación de los profesionales que la integran, así se puede encontrar con profesionales de las disciplinas como Medicina, Farmacia, Psicología, Trabajo Social y Filosofía. También, se observa una disparidad de criterios con respecto al número de personas que la integran, los requisitos adicionales y sus funciones. Todo ello muestra que la ley no ha sabido concretar ciertos ámbitos. De hecho, es incomprensible que con la relevancia que la ley estatal otorga a esta Comisión, con respecto a las solicitudes y su autorización, no se hayan definido criterios concretos que eviten una desigual regulación por parte de las comunidades autónomas y que se genere una desigualdad según la comunidad de residencia⁷⁶.

⁷⁶ QUES, Á. A. M. (2021). La regulación de las Comisiones de Garantía y Evaluación autonómicas en aplicación de la Ley de Eutanasia en España. *Ética de los Cuidados*, 14, e14008-e14008.

5.10. Sufrimiento

En la parte relativa al objeto de la ley, se menciona al sufrimiento, que debería abordarse con la misma prioridad y medios que se utilizan para curar enfermedades. La única opción para paliar el sufrimiento no es la muerte sino que previamente existan opciones terapéuticas tales como el tratamiento sintomático, adecuación del esfuerzo terapéutico o sedación paliativa. Cada una de esas opciones debe disponer de las garantías éticas en función del tipo y consecuencias del tratamiento.

Cuando se proporcionan los adecuados cuidados paliativos y existe un sufrimiento extremo también pueden recibirse solicitudes de eutanasia pero son pocas y suelen revocarse si esos cuidados paliativos consiguen revertir el sufrimiento⁷⁷. Así, aunque la ley hace referencia a proporcionar cuidados paliativos, la realidad del actual sistema sanitario muestra insuficientes medios, problemas organizativos y dificultad en la innovación, pues si no fuese así ¿Por qué en España se lleva demandando, desde hace más de 20 años, una ley de cuidados paliativos y no existe? ¿Cuál es la causa que impide la existencia de unidades de cuidados paliativos en todos los hospitales de España? ¿Por qué no existe una especialidad médica de cuidados paliativos? ¿Se puede garantizar a toda la población que lo necesite la opción de recibir cuidados paliativos integrales para pacientes y familiares en ámbitos hospitalarios? Por todo ello, no hubiera sido más fácil potenciar una ley de cuidados paliativos y no fomentar la eutanasia que puede generar graves consecuencias no previstas en la asistencia a pacientes.

5.11. Deliberación

Con respecto al término de la deliberación, este solo se limita a la posterior solicitud de ayuda sin garantizarse que en el proceso, el paciente se atienda por profesionales especializados en atención al sufrimiento. Por ello, resulta curioso que la concesión para recibir la eutanasia se establezca en 40 días como máximo y otras prestaciones como los cuidados paliativos o prestaciones de la ley de dependencia suelen ser mayores y no tramitados con la misma agilidad.

5.12. Libertad de decisión

Cuando se solicita eutanasia o no hay adecuado control de síntomas o no hay una adecuada prestación no se está asegurando una libertad de decisión. De hecho,

⁷⁷ GUERRERO-TORRELLES, M. Responding to the Wish to Hasten Death in patients at the end of life: Synthesis of recommendations and clinical guidelines. *Medicina Paliativa* Volume 25, Issue 3, July–September 2018, Pages 121-129.

la “absoluta libertad de elección” recogida en la ley puede afectarse por patologías mentales y/o presiones psicológicas que merman esa libertad. En este sentido, la ley de la eutanasia y suicidio asistido, aunque este no lo define como tal sino como “ayuda médica”, no garantiza que se puedan evitar coacciones veladas y presiones internas motivadas por factores socio-familiares en la decisión de morir.

5.13. Financiación

La ley no lleva asociada financiación, por lo que no queda definido quien sufraga gastos si las comunidades autónomas o el Estado, circunstancia que hace que esté viciada con el aporte y garantía de recursos. Tampoco queda definida la distribución de recursos ni la creación de ámbitos organizativos.

5.14. Formación

La ley no contempla cambios en la formación de los profesionales de los futuros profesionales en sus estudios universitarios de Grado y Posgrado para atender, analizar e intervenir sobre el final de la vida. Si puede ser complejo que se pueda pretender la formación orientada a fomentar el uso de la eutanasia sin incidir en la importancia que pueden tener los cuidados paliativos. Es fuente de preocupación que la formación sobre los profesionales se encamine a conocer como generar una opinión favorable a la petición de la eutanasia por parte del enfermo, familiares y/o representantes legales.

5.15. Objeción de conciencia

Aunque se regula esa opción en la ley, ese ejercicio debería garantizarse a efectos prácticos garantizando que la objeción de conciencia no contará con la obstrucción de las autoridades sanitarias, que podrá ejercerse en cualquier momento, no habrá necesidad de inscribirse en registros y que la decisión de objetar no provocará discriminación para la participación en Comités de Ética. Sin embargo, el personal facultativo puede negarse a prestar la ayuda para morir alegando causas religiosas y/o ideológicas siempre y cuando su conducta no sea antijurídica⁷⁸. No obstante, para solucionar el posible conflicto que pueda generarse, el facultativo puede hacer valer su derecho a objeción de conciencia, ante las situaciones que pueden vulnerar su libertad ideo-

⁷⁸ PEREZ, L.M., “Testamento vital y eutanasia: controversia”, Revista Xuridica Xeral, 2002, 3, pp. 49.

lógica o religiosa, y que están amparadas por el artículo 10 de la CE, la *lex artis* y el Código de Deontología Médica.

6. CONCLUSIONES

La despenalización de la eutanasia no goza de todo el consenso por parte de la comunidad científica y jurídica internacional, lo cual lleva a reflexionar que no debe aportar tantos beneficios a la sociedad, en cuanto a la totalidad y salvaguarda de los derechos de la persona en el final de la vida, pues en caso contrario, sería considerada, al igual que otros servicios, como un derecho y prestación universal por parte de un gran número de países.

En España, la eutanasia está regulada como un derecho y prestación sanitaria a la cual las personas pueden acceder. Tal y como se ha analizado en el presente artículo, son numerosos los aspectos no concretados de la presente ley, quizás para fomentar esa ambigüedad y ausencia de garantías en todo el proceso, que en algunos aspectos pueden potencialmente suponer una amenaza para el derecho a la vida, tanto para las personas solicitantes como para aquellas futuras que puedan demandarla.

Si es cierto que pueden sucederse complejas situaciones de dependencia muy graves que pueden generar desesperanza y una sensación de abandono social y familiar, por lo que se necesita conseguir que el enfermo disponga de una calidad de vida, aspecto que implica un compromiso, por parte del Estado, y de solidaridad con los enfermos y personas discapacitadas, así como aportar los suficientes recursos sanitarios. Sin embargo, la actual ley de la eutanasia, se ha querido proyectar como un avance y progreso, de manera que no apoyarla puede parecer que no se tiene solidaridad con aquellas personas que se encuentran en el final de la vida o que se impide un derecho por seguir una tradición moral impuesta por criterios religiosos.

Uno de los principales peligros de esta imprecisa legislación española sobre la eutanasia puede ser la normalización de una “cultura de la muerte y desprecio por la vida” que puede adentrar al sistema sanitario en la teoría de la pendiente resbaladiza e incluso que la sociedad pueda asumir que no se invierte adecuadamente en cuidados paliativos y que ante complejas situaciones la única opción es la recurrir a la muerte.

Quizás una posible solución, ante el marco existente en España sobre la eutanasia, sería derogar la actual ley y sustituirla por otra integral de cuidados paliativos en el final de la vida, con una adecuada dotación y compromiso económico por parte de Estado y comunidades autónomas, para que su aplicación fuese efectiva y constituyese un paso adelante para regular las complejas situaciones motivadas por patologías terminales u otras que generan graves discapacidades. Sin embargo, ¿Quién se atreva a derogar una ley sobre la que se ha generado opinión pública como un nuevo derecho atribuido a la sociedad?

7. BIBLIOGRAFÍA

- APARISI, A., "El principio de la dignidad humana como fundamento de un bioderecho global", Cuadernos de bioética: revista oficial de la Asociación Española de Bioética y Ética Médica, 2013, 24:81, pp. 201-221.
- CATALDI, R., Manual de ética Médica, Buenos Aires, Editorial Universidad Buenos Aires, 2003, pp. 135- 220.
- DE LA TORRE DÍAZ, F.J., La eutanasia y el final de la vida. Una reflexión crítica. Sal terrae (Santander, España), 2019.
- DÍAZ, A.O., Eutanasia: De delito a derecho humano fundamental. Ediciones de la U, 2021.
- DÍEZ-PICAZO, LM., "Sistema de derechos fundamentales", Madrid, 3.ª ed., Civitas, 2008, pp.60-124.
- DOMINGO, A.M., La eutanasia en España. Ediciones Rialp, 2021.
- ELIZARI BASTERRA, F.J., 10 Palabras clave ante el final de la vida. Verbo Divino, 2007.
- ELIZARI BASTERRA, F.J., Bioética, teología moral y sociedad (Vol. 23). Universidad Pontificia Comillas.
- FEITO L., "Los derechos humanos y la ingeniería genética: la dignidad como clave", Isegoria, 2002, 27, p.57.
- FEUBERBACH, L., Pensamientos sobre muerte e inmortalidad, Madrid, Alianza, 1993, pp. 150-180.
- KOTTOW, M., "Dilemas en torno al termino de la vida humana" Introducción a la Bioética – Editorial Universitaria / O.P.S. – Santiago, Chile 1995.
- JUNQUERA DE ESTÉFANI, R., "Dignidad humana y genética", en Blázquez Ruiz, F. J. (dir), Diez palabras clave en nueva genética, Navarra, Verbo divino, 2006, p. 347.
- MARCOS DEL CANO, A.M. Voluntades anticipadas. Voluntades anticipadas, 2014, p. 1-389.
- MARCOS DEL CANO (del Cano, M., María, A., & Díaz, T. (2019). Y de nuevo la eutanasia: una mirada nacional e internacional. Y de nuevo la eutanasia, 1-217.
- MARCOS DEL CANO Y JAVIER DE LA TORRE DÍAZ (2021). Así, no; no así. La ley de la eutanasia en España. Dykinson
- MARTÍNEZ MORÁN, N. El derecho a la vida en la Constitución española de 1978 y en Derecho Comparado: aborto, pena de muerte, eutanasia y eugenesia. Revista de la Facultad de Derecho de la Universidad Complutense, 1979, no 2, p. 133-182.
- MARTÍNEZ MORÁN, N., Biotecnología, derecho y dignidad humana, Madrid, Edit. Comares, 2003, pp. 237-257.
- MARTÍNEZ, F.R. Eutanasia y derechos fundamentales. Tribunal constitucional, 2008.
- MARTÍNEZ-SELLES, M., Eutanasia. Ediciones Rialp, 2019.
- MORA-GUTIÉRREZ, J.M., La buena muerte; Dignidad humana, cuidados paliativos y eutanasia, Salamanca., 2021, 139 pp.
- ORTEGA Y GASSET, J., Unas lecciones de metafísica, Madrid, Alianza, 1996, p. 123.
- PIEPER, P., Muerte e inmortalidad, Barcelona, 1970, p. 48.
- ZORILLA., "Medicina Paliativa", "Filosofía y Consideraciones Éticas", "Cuidados Paliativos y Bioética". O.P.S. / O.M.S. Acta Biológica año VI – No. 1 – 2000.