



La muerte es constitutiva a la naturaleza humana y por ello tiene que acontecer de forma natural

Pero hay dos realidades que, principalmente, la falsifican: la eutanasia y la obstinación terapéutica. Dos opciones erróneas que no aceptan la realidad humana de la muerte (la primera adelantándola y la otra retrasándola). Desde el punto de vista filosófico y ético ambas son rechazadas, porque atentan contra la dignidad humana al final de la vida. Aparte de estas, en este artículo también se rechaza las distintas denominaciones que recibe la eutanasia y que van, igualmente, en contra de la naturaleza humana al final de la vida. Por otro lado, no hay que confundir la eutanasia con la sedación. Las dos tienen como objetivo común evitar que el enfermo sufra y padezca dolor. Para este objetivo una y otra suministran “fármacos” al enfermo. Pero la aplicación de “fármacos” en la eutanasia implica acabar con la vida del enfermo, en cambio, la administración de los mismos en la sedación pretende que la muerte del paciente acontezca de forma natural. Por último, se trata brevemente lo referente a los cuidados básicos necesarios en estos momentos. La ausencia de los cuidados básicos no puede convertirse en una eutanasia encubierta. El enfermo tiene que morir por su enfermedad, nunca por falta de cuidados. Todas las acciones humanas (la eutanasia, la sedación, la obstinación terapéutica y los cuidados básicos) han de ser expresión y manifestación de lo que la dignidad humana reclama. Dicha dignidad se expresa en las acciones que el ser humano realiza.

Índice

1. Introducción. 2. La eutanasia. 2.1. Sus denominaciones. 2.2. La eutanasia y dignidad humana. 2.3. Eutanasia y “calidad de vida”. 2.4. Eutanasia y la petición del paciente. 2.5. Eutanasia y “derecho a

morir". 2.6. *Eutanasia y "ayudar a morir"*. 2.7. *Eutanasia y sedación*. 3. La obstinación terapéutica. 4. Los cuidados básicos. 5. Conclusión. Referencias.

1. Introducción

Siempre el tema de la muerte es espinoso. De ella no suele hablarse. La cultura contemporánea ha superado muchos tabúes, sin embargo, persisten aquellos relacionados con la muerte. En concreto, la muerte sigue siendo un tabú social que sólo sale a debate cuando se habla de la eutanasia. Por tanto, se puede afirmar que el tema de la muerte es una cuestión evitada.

Tanto es así que hablar del final de la vida humana no vende bien en una sociedad consumista, productivista y hedonista. Vende lo eternamente joven, lo sano, lo útil... Pero ante la muerte comparece con más claridad la verdad y los límites de la cultura contemporánea que no sabe exactamente qué hacer con ella. Como mucho ocultarla o intentar retrasarla al máximo su llegada inevitable. Pero por mucho que nos empeñemos, antes o después, en nosotros mismos, o en personas cercanas a nosotros, la muerte nos visita. Luego, ante ella comparecen no sólo los límites de la cultura contemporánea, sino también nuestra propia identidad.

Por este motivo, intentar evitar la muerte o retrasarla no tiene sentido. La muerte es una de las dimensiones de la realidad vital humana. Forma parte del ser humano. Que nuestra vida sea vulnerable y que se acaba, aparte de indudable, es algo que nos ocurre y a todos nos afecta. En este sentido, se advierte que para todo ser vivo es tan natural nacer como morir.

Ciertamente, la muerte es un hecho, la cual nos llega inexorablemente a todos (incluso a los que huyen de ella), ya sea de manera anticipada para algunos, o después de haber cumplido una serie de años para otros. Sea de una forma u otra, la muerte siempre nos sorprende.

Justamente, la limitación y la fragilidad nos recuerdan que los seres humanos no somos inmortales. Así es, nacemos, vivimos y morimos, y con la muerte terminan o quedan inacabados nuestros proyectos.

La muerte nos sitúa en la realidad de lo que constitutivamente somos: seres limitados, finitos, seres frágiles. La enfermedad y la muerte son signos evidentes de esta fragilidad y limitación. La muerte, por lo tanto, es constitutiva a la naturaleza humana. Tal es así que se dejaría de ser persona, si se quisiera "evitarla" y hay dos formas de intentar "evitarla": 1) adelantándola, y esto es lo que ocurre si se

defiende y practica la eutanasia, y 2) tampoco se acepta la muerte humana retrasándola, y esto es lo que ocurre defendiendo y practicando la obstinación terapéutica. Como veremos a continuación, ambas opciones son dos comprensiones erróneas de la naturaleza humana al final de la vida.

2. La eutanasia

2.1. Sus denominaciones

Lo primero de todo es definir eutanasia. Todos tienen una idea general de ella, pero no del todo exacta o completa. No obstante, una definición de eutanasia que puede ser admitida por todos es aquella que la define como “conducta (acción u omisión) intencionalmente dirigida a terminar con la vida de una persona que tiene una enfermedad grave e irreversible, por razones compasivas y en un contexto médico”[\[1\]](#).

También se conoce la eutanasia como el suicidio medicamente asistido[\[2\]](#), sin embargo, ambos conceptos no son exactamente iguales[\[3\]](#). Justamente, difieren en que en el suicidio asistido es el propio paciente quien activa el mecanismo que termina con su vida, aunque necesite de otro o de otros para llevar a cabo su propósito. La diferencia entonces estriba en que en este el paciente es el sujeto activo, aconsejado por un médico, en cambio, en la eutanasia, uno es un sujeto pasivo, es decir, otra persona (la mayoría de las veces es un médico) es el agente activo. Luego, se puede admitir que el suicidio medicamente asistido es la ayuda médica para la realización de un suicidio ante la solicitud de un enfermo, proporcionándole el médico los fármacos necesarios para que él mismo se los administre.

Dejando a un lado las diferencias se puede decir que la eutanasia y el suicidio asistido son acciones muy parecidas porque ambas tienen la clara intención, ya sea de forma activa o pasiva, de “ayudar” a causar la muerte de un paciente.

Después de hacer esta distinción terminológica hay que indicar que los promotores de la eutanasia no suelen utilizar este término, sino que se refieren a ella poniéndole otras denominaciones “más suaves”: “muerte digna”, “ayudar a morir” a quien lo pide o solicita, derecho a morir con dignidad..

Esta denominaciones o sobrenombres nos llevan a plantearnos las siguientes preguntas: ¿es o no correcto terminar con la vida de quien quiere morir y además lo ha pedido o lo está pidiendo?; la vida humana ¿puede llegar a ser indigna?, ¿no es una contradicción calificar la muerte como una realidad digna?, ¿existe un “derecho a morir”?; ¿cada

enfermo tiene derecho a decidir si quiere seguir viviendo?; más concretamente, ¿existe el derecho de cada cual a disponer de su propia vida en el uso de su libertad y autonomía individual?; la petición del enfermo para morir ¿se convierte automáticamente en derecho del individuo?; ¿es éticamente aceptable que a las personas enfermas, dementes, en estado vegetativo... se les “ayude” a morir? o por el contrario ¿tiene que acontecer la muerte de forma natural? Como puede comprobarse, muchas son las preguntas que la cuestión de la eutanasia suscita.

Todas estas denominaciones tienen en común, al menos, dos cosas: 1) hacen referencia a un mismo concepto: eutanasia; 2) en el debate sobre la eutanasia tanto sus defensores como sus detractores lo hacen aludiendo al concepto de dignidad[4].

2.2. La eutanasia y dignidad humana

Como se ha dicho el término eutanasia algunos lo asocian al término dignidad. Pero desgraciadamente ocurre que cuando se habla de dignidad se hace un uso equívoco o meramente formal, haciéndolo depender de la finalidad que su usuario, en cada caso, decida otorgarle. Por eso, se plantea en este artículo un uso operativo de tal concepto, y en este sentido nos preguntamos, ¿es digno el ser humano al final de su vida?

Dicho de forma sumaria, para el pensamiento clásico la dignidad de la persona humana radica en su individualidad original y única (acto de ser). De esta manera, la dignidad humana no es una preeminencia adquirida por razón de alguna actividad, sino lo que se expresa con este concepto es la excelencia del ser humano por el hecho solo de serlo.

En efecto, la dignidad humana corresponde a cada uno de los seres humanos. El ser humano es digno por lo que es. Su excelencia radica en su ser[5]. No se es más o menos humano, más o menos digno, dependiendo del cumplimiento de una serie de requisitos o características. De este modo, el ser humano puede ser considerado como un ser “querido por sí mismo”[6].

Esta dignidad, por tanto, la poseen todos los seres humanos por solo el hecho de existir, por el hecho exclusivo de ser un ser humano. Es una dignidad intrínseca.

También la dignidad del ser humano ha sido destacada por E. Kant que considera a este como el ser que se propone fines a sí mismo. El término “dignidad”, según él, hace referencia a aquellas realidades que, por su intrínseco y singular valor, no pueden ser sustituidas, ya

que aquello que puede ser sustituido no tiene “dignidad” sino “precio”. Por eso, las cosas tienen un precio, pero las personas tienen dignidad, puesto que no pueden ser sustituidas por nada ni por nadie, tienen valor por sí mismas y no son nunca un medio para otra cosa[7]. Las personas no se usan, se respetan, se aman; son siempre fines en sí mismos.

En este sentido, R. Spaemann sostiene que, si la determinación de la dignidad del ser humano viene dada por la aparición de alguna determinación cualitativa, entonces, se desprende la posibilidad de poner precio a la vida humana[8].

Atendiendo a estas dos corrientes de pensamiento la dignidad humana está en la base de todos los valores humanos, pero ella misma a la vez no es un “valor”. De lo contrario, la dignidad del ser humano se convertiría en objeto de ponderación respecto de otro valor, que, en un hipotético conflicto de valores, la dignidad inherente a todo ser humano podría ser pospuesto por otro.

Así pues, la dignidad humana es el principio ético personal y social por excelencia. Por un lado, se subraya la dignidad humana como principio ético personal, porque el concepto de autonomía del individuo o tiene su referente en la dignidad de todos los seres humanos, independientemente de su estado de salud física o psíquica, o simplemente está vacío de contenido. Si en la práctica, no teóricamente, se sostiene lo contrario, se corre el riesgo en que pueda considerarse que un individuo humano, que tiene disminuida su autonomía (sea esta física o psíquica) o incluso la haya podido perder, carezca de una vida digna, y fácilmente se le pueda despojar de su valor como persona, es decir, de la dignidad de la que se encuentra revestido todo ser humano[9].

Por otro lado, se subraya también la dignidad humana como principio social en cuanto que nuestro vivir en sociedad se rige por ella, luego la sociedad está obligada a protegerla. El ser humano no es un ser aislado; no es una isla, sino que es un ser que vive en sociedad, en convivencia con los demás. Sus acciones repercuten en uno mismo y en los demás. La vida de cada uno y, por lo tanto, también su manera de morir afecta a todos.

Acorde con las reflexiones anteriores la dignidad humana nunca es conferida en atención a ciertas propiedades. El ser humano es digno por lo que es, no porque lo sabe o siente. La dignidad humana, como principio básico del que se tiene que partir, evita que cualquier ser humano se convierta en juez para decidir si otro carece o no de ella.

Bajando al terreno práctico, la dignidad del ser humano que sufre,

enferma, reclama una acción, una relación determinada, una actitud de respeto, pues dicha dignidad no disminuye, ni se pierde por el hecho de enfermar. La actitud de respeto se traduce en una acción positiva sobre el otro, una actitud de ayuda y de cuidado.

Efectivamente, el cuidado es una acción cotidiana y permanente a lo largo de la vida humana, más todavía, dada su fragilidad, al final de la misma (así también al comienzo), que implica el acompañamiento y aplicación no solamente de recursos asistenciales, sino de un cuidado integral. Precisamente, el enfermo necesita no solo que el médico y el personal sanitario intenten aliviar su dolor mediante sus conocimientos técnicos, sino sobre todo que se sienta acompañado, de tal manera que el enfermo se sienta querido y respetado hasta el final de su vida.

Por tanto, el cuidado como actitud ante la vida, sobre todo cuando un ser humano está enfermo grave, se encuentra en la base de la existencia humana y es una actitud moral que promueve el compromiso y la solidaridad; más todavía, cuando cada uno de nosotros se humaniza o deshumaniza a través de sus acciones. Esta perspectiva supone preguntarnos si mi acción y las de los demás son conforme a la dignidad que reclama mi propia existencia y la del otro como seres humanos que somos.

Justamente, el cuidado es un buen termómetro para indicarnos la “salud” tanto de la sociedad como de nosotros mismos. El cuidado como hábito social y personal se traduce en una solidaridad con el ser humano frágil; y la solicitud por la fragilidad humana indica el respeto por la vida humana en cualquier circunstancia y por su dignidad^[10].

Hablando ahora en términos estrictamente personales, el cuidado del otro (enfermo o no, haya perdido o no su conciencia) es un indicador de nuestra “salud humana”. Al fin y al cabo, el cuidado por el otro es una “oportunidad” para humanizarse o deshumanizarse.

Así es, la enfermedad, la debilidad, la fragilidad son una “oportunidad” para mostrar el rostro más humano tanto de uno mismo como el de los demás. Estos pueden adquirir un fuerte compromiso en el cuidado con el ser humano frágil y enfermo.

Este acompañamiento y cuidado también tiene que ser dado por la familia del enfermo. Es muy importante que él no se vea como alguien que resulta incómodo, y tenga la sensación de abandono al final de su vida.

La dignidad humana exige, por tanto, que todos los seres humanos sean

siempre tratados como fines y nunca como medios. Luego, al final de su existencia también han de ser tratados conforme a esta dignidad, es decir, como fines en sí mismos. Dignidad que comienza por el respeto de sus cuerpos que pueden estar dañados o muy dañados por una enfermedad genética o adquirida.

En efecto, el respeto por la dignidad de todo ser humano comienza por el cuidado y respeto a su corporalidad. Pues lo corporal no le viene a la persona desde fuera, como un complemento del que se pueda prescindir o un elemento que no lo defina, sino que le es intrínseco.

Así es, el cuerpo humano no es una “cosa” externa a la persona y la relación con su cuerpo no es la misma que se tiene con las cosas. El cuerpo humano es el ser humano mismo.

Repetimos: si la dignidad de todo ser humano no depende de una serie de adjetivos, entonces, la vida humana “vale” por sí misma; no necesita de nada para tener una valoración positiva. Toda vida humana “merece la pena”, esté como esté de salud, porque no depende su dignidad, de ningún estado, ni de ninguna propiedad. La vida humana es un nombre propio, no un adjetivo. Luego, nadie debería arrogarse la potestad de poder decidir sobre la vida de uno mismo y la de los demás, porque toda vida humana siempre es digna. Admitir lo contrario o poner una serie de condiciones a la vida humana, es abrir una puerta donde ésta deja de ser un valor por sí misma y sobre la que se podría disponer. Por lo tanto, la dignidad abarca toda la vida de un individuo humano como querida en y por sí misma y debería constituirse en límite absoluto a cualquier tipo de ponderación o cálculo.

Ciertamente, los seres humanos, por enfermos que estén, no dejan de ser humanos, ni pierden su dignidad, ni su vida deja de merecer el máximo respeto. Olvidar este principio, la dignidad de la persona, por la visión dramática, por ejemplo, de minusvalías profundas, conduce inexorablemente a hacer depender el derecho a la vida a la calidad de ésta, lo que abre la posibilidad de colocar la frontera del derecho a la vida con arreglo a “controles de calidad”. Al final estos controles dependerán de la decisión del Estado, de los poderosos, de la sociedad... y el contenido de estos controles van cambiando, dependiendo de lo que el Estado, la sociedad... entienda, en cada momento, por “calidad de vida”.

2.3. Eutanasia y “calidad de vida”

Es verdad que hoy mucha gente y en muchos medios de comunicación social hablan de la “calidad de vida”, refiriéndose especialmente a la gente mayor, a los enfermos... En esta dirección las preguntas serían:

si algunos enfermos han nacido o viven con una serie de limitaciones, ¿dónde queda su “calidad de vida”? Además, ¿qué se entiende por ella?, ¿qué características o componentes la integran?, ¿quiénes pueden hablar de “calidad de vida”? Si hay grados de “calidad de vida”, ¿quién determina su contenido? Estas preguntas y otras muchas significan que el término “calidad de vida” resulta, por lo menos, problemático. Lo que tiene que quedar muy claro es que no hay que identificar ni confundir la “calidad de vida” con la dignidad humana. Son términos muy distintos.

En caso contrario, si se identifican y confunden, caemos en el error. Que le hablen de “calidad de vida” a los que padecen deficiencias psíquicas o físicas graves de nacimiento, a los “postrados” en una cama, a los que padecen enfermedades degradantes del organismo, a los que sufren una ancianidad prematura o Alzheimer grave o una demencia seria (sea o no senil) o una enfermedad terminal... Hablar de “calidad de vida” en estas vidas humanas parece una broma de mal gusto. ¿Acaso se puede hablar de “calidad de vida” cuando se está refiriéndose a la vida de alguien que siempre ha estado enfermo, padece alguna deficiencia o síndrome?... ¿qué se hace con los que nunca han gozado de “calidad de vida”? O por el contrario ¿solo pueden hablar de “calidad de vida” quienes gozan actualmente de salud o han disfrutado de salud y, en este momento, no la tienen o saben que, en un futuro, carecerán de ella?

Parece que los que están a favor de la eutanasia sostienen que la dignidad de cualquier persona humana la hacen depender de la “calidad de vida” de esta. Si el enfermo carece de “calidad de vida”, entonces, parece ser que esa vida no “merece la pena” vivirse. Y esta afirmación es errónea.

La vida del ser humano es inviolable per se y no puede ser entendida con grados de mayor o menor calidad que produjeran un déficit en su dignidad o entrar en el juego de las ponderaciones. La vida del ser humano no se pondera ni se valora, sino que se acepta y se respeta.

Si se entiende la dignidad humana en los términos que en este artículo se defienden no se podría hablar de una eutanasia digna. Serían términos contradictorios; un contrasentido. La eutanasia va en contra de la dignidad de la persona. Pero para los defensores de la eutanasia, la dignidad humana del enfermo se traduciría en el derecho a elegir libremente el momento de la propia muerte. Sin embargo, también esta última afirmación no es cierta, como se dirá a continuación. Reitero: nadie y nunca (en cualquier circunstancia o situación) un ser humano pierde su dignidad y ningún otro puede quitarla.

Sin embargo, los que promueven la eutanasia hablan de una “muerte digna”[\[11\]](#). Abogan por elegir el momento de la propia muerte y se aseguran de que van a contar con quien esté dispuesto a ayudar o a realizar los actos necesarios para que la muerte se produzca.

Lo que tienen en común las personas que solicitan adelantar su final es que consideran que no tiene sentido seguir viviendo. Prefieren morir a seguir viviendo aquejados por una enfermedad grave, postrados todo el día en una cama, o sentados en una silla de ruedas... En definitiva, estas personas prefieren morir a tener que vivir así. Eso sí, necesitan de otros para llevar a cabo sus intenciones.

2.4. Eutanasia y la petición del paciente

También es verdad que los que están a favor de la eutanasia tampoco suelen utilizar la expresión de “matar dignamente”, sino hacen uso de otra que no suene tan fuerte: “ayudar” a quien lo pide[\[12\]](#).

Luego, se vincula la dignidad a la petición del paciente. Así es, esta expresa la demanda de reconocimiento de un nuevo derecho a una muerte digna y se enmarca en el ámbito de la intimidad personal. Se dice que la decisión se sitúa en ese ámbito y que los otros deben respetar y actuar según lo que uno ha decidido sobre sí mismo.

Esta petición, denominada eutanasia solicitada, parece que se ha convertido en un elemento esencial en la justificación filosófica, política y jurídica de la eutanasia. No obstante, aunque no es el objeto de este artículo, adviértase que esta triple justificación no está exenta de polémica.

Lo que se puede afirmar es que estar a favor de la eutanasia va en contra de la dignidad humana. ¿Por qué se afirma esto? Cuando se solicita la eutanasia, ¿acaso se está pensando en la dignidad del otro (sea o no un profesional sanitario)? En caso de que esa ayuda se solicite a un médico se dinamitaría la base de la confianza en el cuidado de su paciente.

Indudablemente, no se puede dar muerte a otra persona porque haya perdido la salud física, ni por nada, aunque te lo pida, porque, de lo contrario, sería incitar a matar, que es lo mismo que decir implícitamente que la vida humana merece la pena vivirse si se da una serie de condiciones. No se puede hacer que otra persona nos “ayude” o participe en esa muerte, aunque sea con “ayuda” médica, porque se estaría pidiendo que otra persona cometa un mal. Morir, la muerte, no son un bien. Todo lo contrario, son un mal. Por tanto, nadie puede exigir u obligar a nadie a cometer un mal. Una cosa es que la muerte

de un ser humano acontezca de forma natural, y otra muy distinta, es tener un papel activo en la misma.

Además, la vida, como la libertad, son bienes de la humanidad, por eso no pueden eliminarse ni siquiera a petición propia. Nadie puede pedir la muerte, como nadie puede entregarse como esclavo voluntariamente[13].

Por eso, en caso de que se admitiese la eutanasia por petición del paciente tendría consecuencias terribles a nivel social: los ancianos y enfermos sufrirían una gran presión moral[14]. Estos sentirían una enorme inseguridad, y podrían sentirse inducidos a pedir su desaparición para no ser molestos. Asimismo, podría existir y permitirse las muertes humanas impuestas por otros, que se producirían cuando la voluntariedad del “enfermo” no se diera. No se sabe si otros (los familiares, el aumento del gasto público, los que tienen una responsabilidad directa sobre el hospital...) tendrían algún interés sobre esa muerte.

Con todo, si la eutanasia se convierte en una cuestión de petición, las preguntas que surgen son varias: ¿qué pasaría si el paciente, por lo que sea, no puede manifestar su voluntad? De todas formas, una eutanasia promovida y permitida crearía desconfianza entre los familiares y en los hospitales.

2.5. Eutanasia y “derecho a morir”

Otro término que se suele utilizar para referirse a la eutanasia es el “derecho a morir” con dignidad. Pero, con esta acepción hay que recordar dos cosas: 1) no existe un “derecho a morir”[15]. Si los médicos actuasen olvidando su compromiso ético profesional y poniendo su ciencia médica al servicio de la obtención de un fin contrario al actual ordenamiento jurídico, su actuación sería antijurídica, y por supuesto, su actuación estaría en contra de la ética médica. No existe un derecho para cometer un mal como es solicitar que otro te quite la vida. 2) Lo que existe es el derecho a la vida, que, por otra parte, es un derecho fundamental, luego anterior a cualquier concesión legislativa, y como tal, intrínseco a la dignidad humana que no se basa en determinaciones de las mayorías. Así es, la vida humana es el sustrato de los derechos. El derecho a la vida deriva directamente de la dignidad de la persona, y todos los seres humanos, por enfermos que estén, ni dejan de ser humanos, ni pierden su dignidad de persona.

Dicho esto, hay que denunciar que nuestra sociedad vive inmersa en una gran incoherencia al proclamar, por un lado, como paradigma de justicia la protección y el respeto universal de los derechos humanos

y la igual dignidad de todo hombre, y por otro, justificar al mismo tiempo la violación del primero de ellos, el derecho a la vida, “eliminando” a los que resultan o pueden resultar una “carga”, o lo solicitan. En este sentido, si la dignidad y el derecho a la vida no se reconocen a todo ser humano, independientemente de su estado de salud, de su utilidad... la atención de enfermos incurables y terminales, que colapsa determinados servicios sociales sanitarios y que suponen una gran inversión económica y de personal, quedaría en el aire.

Por otra parte, solo se puede hablar de “derecho a morir” si se tiene un concepto de libertad solipsista, esto es, cerrado en sí mismo, resultando la propia libertad la fuente del derecho, y, por consiguiente, los deseos individuales creadores de derechos. Luego, vinculan ese supuesto derecho con la solicitud o petición del paciente.

Pero es un error pensar que existe una libertad individualista todopoderosa y egocéntrica extrapolada de cualquier límite racional. Este supuesto derecho se defiende en aras de una falsa comprensión de la autonomía[16]. Hay que recordar que esta sólo es posible si se cuenta con el presupuesto de estar vivos y de sabernos que nuestra vida es una vida dada por y para otros. En definitiva, suprimir la vida significa destruir las raíces mismas de la libertad y de la autonomía.

Por el contrario, la libertad sólo es totalmente libre y humana si se traduce en el compromiso individual para hacer el bien. La responsabilidad individual y social consiste en hacerse cargo de la vida humana frágil de quien ya no tiene capacidad de cuidar de sí mismo. La responsabilidad sobre la vida de uno mismo y sobre las vidas de los demás no se identifica ni traduce en términos de dominio o propiedad.

La autonomía no significa aceptar como válida cualquier decisión. Nuestra sociedad ha hecho suyos como pilares básicos los derechos humanos. Por tanto, debe proteger a los ciudadanos para que puedan ser respetadas sus actuaciones en el ámbito de estos derechos. Ahora bien, esta protección se extiende también a proteger al individuo incluso frente a sí mismo, cuando pretenda vulnerar sus propios derechos humanos. Por eso puede entenderse que la exigencia de tratar a las personas respetando su dignidad, podrá significar, en ocasiones, limitar sus decisiones que vayan en contra de su dignidad, aunque sean llevadas a cabo autónomamente.

Así también, los defensores de la eutanasia, aparte de invocar una falsa interpretación de la autonomía del paciente con la que reclaman

el “derecho a morir”, se olvidan, al mismo tiempo, de la dignidad del médico, de su autonomía e identidad profesionales. Si se aceptara la eutanasia, ¿dónde quedaría la autonomía del médico y su libre decisión?, ¿dónde quedaría su *lex artis* llamada siempre a sostener la vida y a curar o paliar el dolor, y jamás a dar muerte “ni siquiera movido por las apremiantes solicitudes de cualquiera” (*Juramento Hipocrático*)?

Si se debilita el compromiso médico de preservar la vida, los “médicos” se dedicarían también a provocar la propia identidad del médico sufrirían una profunda transformación. El “médico” adoptaría el papel de un técnico amoral, que tanto puede poner fin a una vida humana como salvarla.

En este sentido, la aceptación de la eutanasia en los países que la han permitido ha infligido una seria herida en la profesión médica. Tradicionalmente los médicos se dedicaban a curar si podían, y si no podían, a aliviar el dolor. Su relación con el paciente descansaba en la confianza. En cambio, si la eutanasia es admitida legalmente en un futuro en aquellos países en los que actualmente no está permitida, esa relación de confianza quedaría rota, esto es, existiría el miedo a que los médicos, o el personal sanitario en general, pudieran tomar una decisión sobre mi vida. De este modo, la eutanasia rompería de manera trágica esa confianza. Pero esta desconfianza y miedo se extendería también a los familiares, que hubiesen dado su consentimiento.

En definitiva, la muerte no es un derecho porque supone anulación de la vida, es decir, del ser. Nadie tiene derecho a provocar la muerte de otro, a aniquilarlo para que deje de ser, aunque el “enfermo” lo pida. Y nadie (el “enfermo”) puede tener el derecho de exigirle a otra persona que cometa una maldad.

2.6. Eutanasia y “ayudar a morir”

Otro concepto vinculado al anterior que también utilizan los que están a favor de la eutanasia es el de “ayudar a morir”. Los que piensan así en el fondo están diciendo: en estas condiciones de “fragilidad”, estas personas, estos enfermos ¿para qué siguen viviendo?, ¿no sería mejor “ayudarles a morir”? A esto se añade que muchos de estos no quieren vivir así, entonces, ¿no se podría hacer nada para evitarles o ahorrarles el trance de la muerte?

Efectivamente, los que están a favor de la eutanasia consideran que esta no es matar a una persona que sufre una enfermedad grave e irreversible, sino “ayudar a morir” por razones compasivas a aquellos

que sufren una enfermedad, que no conocen, personas que permanecen en estado vegetativo..

No obstante, aunque se utilice el término compasión para la justificación de la eutanasia, no por ello se convierte en una opción ética correcta. El término “compasión”, para el tema de la eutanasia, está mal utilizado, porque se hace caso omiso de su significado real[17]. Compadecerse de alguien no significa “ayudarle” a que cesen todos sus padecimientos, sino justamente lo contrario, “padecer con” significa compartir la enfermedad y el sufrimiento ajenos, sentirlos, dolerse de ellos. No hay compasión que lleve a la muerte, sino que ésta siempre lleva a la vida. La auténtica compasión no considera como algo bueno la muerte de las personas “enfermas”. Al contrario, la compasión es la actitud humana y respuesta adecuadas del otro respecto a un ser humano que enferma. Y en su desvalimiento brilla, con más resplandor si cabe, su “valor”.

Luego los médicos, si quieren seguir siendo médicos, no tendrían que ceder a la tentación funcionalista de aplicar soluciones rápidas y drásticas, movidos por una falsa compasión o por meros criterios de eficiencia y ahorro económico.

Se ve, por tanto, que en el tema de la eutanasia no sólo está en juego la dignidad de la vida humana, sino también la dignidad de la vocación médica.

Parece, sin embargo, que los que abogan por una muerte por compasión (eutanasia) no toleran convivir con el padecimiento ajeno, porque les enfrenta con el propio. Les trae a la evidencia que la enfermedad también les afecta a ellos, y les acabará salpicando de una u otra manera, antes o después. Sólo si se entiende mal el término compasión se puede unir ésta con la eutanasia. Por el contrario, la compasión es la actitud humana y la respuesta adecuada del otro respecto a un ser humano que enferma.

Además, si se admitiese una “eutanasia por compasión” se abriría una puerta que sería muy difícil volver a cerrarla. Una vez abierta no tardaría en colarse siniestras ampliaciones. Por ejemplo, ¿qué impediría aplicar la “muerte por compasión” a los más débiles, a los deficientes, a los considerados socialmente no útiles, a los que no pudieran manifestar su voluntad?, ¿cuál sería el impedimento para suprimir la vida de los deficientes psíquicos profundos?, ¿no sería una manifestación de solidaridad social la eliminación de vidas sin sentido, que constituyen una dura carga para los familiares y para la propia sociedad?

En resumidas cuentas, aceptar la eutanasia sería apostar

inconscientemente por el fracaso de la sociedad. Cuando un enfermo pide la muerte lo que está pidiendo es ayuda médica, acompañamiento humano y más cariño. Si se le concede la muerte y el cumplimiento de su deseo, se le está diciendo indirectamente: ¡Lo sentimos, nada más podemos hacer por ti![\[18\]](#) En cambio, la atención integral al enfermo, que incluye el acompañamiento, es la mejor manera de ayudarlo a morir, no “ayudándolo” a terminar con él.

2.7. Eutanasia y sedación

Aunque hoy día la eutanasia no está permitida en España, mucha gente opina que la sedación es una forma solapada de esta. No es de extrañar que un mal uso y abuso de la sedación aboque a ésta a comprenderla como una eutanasia encubierta[\[19\]](#). Es un hecho que cuando se inicia una sedación lo más habitual es que a las pocas horas se produzca la muerte del enfermo. Efectivamente, la sedación deteriora el nivel de conciencia, pero no provoca intencionadamente la muerte, sino el curso natural de la enfermedad grave. La sedación, bien entendida y bien aplicada, no es eutanasia. No va en contra de la dignidad humana. Todo lo contrario.

Recalcamos: cuando se inicia una sedación prescrita por el médico lo más habitual es que el paciente fallezca, y la familia debe saberlo, pero que no es la sedación la causa del fallecimiento, sino que gracias a este tratamiento se evita una muerte con sufrimiento y/o dolor. El paciente muere fruto del trascurso de su enfermedad grave.

Para evitar estos equívocos se tiene que decir, en primer lugar, qué se entiende por sedación. Siguiendo la definición de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos ésta la define como *la disminución del nivel de conciencia del paciente de manera deliberada, una vez obtenido el oportuno consentimiento, mediante la administración de los fármacos indicados y a las dosis proporcionadas, con el objetivo de evitar un sufrimiento insostenible causado por un síntoma o síntomas refractarios*[\[20\]](#).

Por tanto, a nivel teórico la diferencia entre sedación y eutanasia es muy grande. Se aplica una eutanasia cuando algo se hace o se deja de hacer con la intención directa de producir o acelerar la muerte del enfermo sea o no terminal. En la eutanasia la muerte del paciente ha de ser el objetivo buscado. Esta puede producirse por acción (administración de sustancias, etc.) o por omisión (no asistir médicamente). En cambio, la sedación no tiene como intención la muerte del paciente, sino el alivio de un síntoma intolerable[\[21\]](#).

Por consiguiente, ante una situación clínica objetivamente

conflictiva, no es lo mismo provocar directamente la muerte del enfermo con la finalidad de terminar con sus sufrimientos y posibles dolores (eutanasia directa o activa), que llevar a cabo un tratamiento cuyo objetivo es el alivio de esos sufrimientos y posibles dolores sin intención de provocar la muerte (sedación), aunque es posible que se acelere la muerte natural, debido a los fármacos suministrados. Esta última acción no es una eutanasia directa, pero tampoco indirecta, pues no hay intención de provocar la muerte, sino que la muerte no buscada del paciente acontece en el curso de un correcto tratamiento. Por lo tanto, la sedación tiene una finalidad terapéutica, científica y legítima[22].

Ya se ha dicho, pero tiene que quedar claro: no es lo mismo la sedación que la eutanasia. Esta confusión entre sedación y eutanasia obedece a la relación errónea que se establece de causa-efecto. Parece como si la sedación al enfermo fuera una manera de adelantarle la muerte sin sufrimiento y sin dolor, es decir, como si se le hubiera aplicado una eutanasia. Es verdad que cuando se suministra una sedación, muchas veces la muerte se produce en pocas horas. Entonces se piensa que, como se ha sedado al enfermo, se le ha practicado una eutanasia. Pero no es así. No se produce la muerte por la sedación, sino porque el paciente está muy mal. La sedación tiene como efecto accidental y no querido la posible aceleración de la muerte del enfermo. Pero en la sedación no se busca, ni como fin ni como medio, la muerte del enfermo, sino la administración de un fármaco sedante, no letal, que tiene por finalidad paliar el dolor o/y el sufrimiento del enfermo. Provocar la muerte no es lo mismo que permitir la muerte. Justamente, cuando el médico seda al enfermo, como estrategia terapéutica, que se encuentra en fase terminal y lo hace con criterios clínicos y éticos, no está provocando su muerte, está evitando que sufra mientras se muere. Con la sedación no se pretende provocar la muerte, sino que se acepta no poder impedirla[23]. Si no se explica bien, es normal que algún familiar piense que lo que se ha hecho con el enfermo ha sido una eutanasia.

Para evitar este “problema” ético, humano... sería conveniente “inventar” una sedación que a la vez que disminuye el nivel de conciencia del enfermo para controlar sus síntomas, no tuviese como efecto secundario la aceleración de su muerte, pero lamentablemente hoy día no existe.

Insistimos: un criterio ético claro para salir de la disyuntiva es preguntarnos por la intención que preside la conducta médica. Es bien distinta la intención de “permitir morir” respetando el curso natural de la enfermedad, de aquella otra que provoca intencionadamente la muerte adelantándola. Por tanto, la sedación es una práctica médica que, realizada correctamente, no sólo es lícita, sino acorde con la

dignidad humana.

Efectivamente, para el trato debido a la dignidad de todo ser humano y no caer en eutanasia tiene suma importancia distinguir la acción de “dejar morir” de la acción de “matar”. El médico no debe pretender la muerte del paciente, sino que deja de intervenir en un proceso abocado a la muerte. El médico, que “deja morir” al paciente, no persigue su muerte directa, sino que le deja en situación de que muera de muerte natural.

Así es, cuando se administran fármacos en la dosis necesaria para controlar los síntomas (en la sedación), el efecto deseado es el alivio del sufrimiento, el efecto indeseado es la disminución de la conciencia, pero la muerte no puede considerarse como el efecto indeseado, ya que el paciente fallecerá a consecuencia de su enfermedad.

Esto no es óbice para la existencia de aplicaciones médicas imprudentes de la sedación por debajo de los estándares recomendados, abusos en su aplicación, o un uso inadecuado o inapropiado de la misma.

Se pueden denominar usos inadecuados de la sedación cuando se administran sedantes a un paciente con la intención de aliviar síntomas, pero en circunstancias clínicamente inapropiadas, como por ejemplo, cuando no se ha realizado una cuidadosa evaluación clínica del paciente y se consideran como refractarios (aquellos que no pueden ser controlados con los tratamientos disponibles) síntomas que en realidad no lo son; cuando no se toman en cuenta factores reversibles que podrían corregirse para aliviar esos síntomas sin necesidad de recurrir a la sedación; o cuando el médico dilata innecesariamente la decisión de iniciar la sedación, por temor a sus efectos adversos o a los riesgos que lleva aparejados.

Con todo, el uso más inapropiado de la sedación es aquel que tiene como intención primera acelerar la muerte del enfermo terminal. En este caso, el abuso de la sedación, al administrar dosis de sedantes más altas que las que el enfermo necesita médicamente, sea la causa de la muerte del paciente.

En efecto, un médico abusa de la sedación al indicar dosis de sedantes ostensiblemente más altas de las que se necesitarían para un adecuado control de síntomas, con la intención encubierta de acelerar la muerte del enfermo; o cuando recurre a una sedación profunda en caso de pacientes que no presentan síntomas refractarios, con el objetivo oculto de afectar negativamente sus funciones vitales y causarle una muerte anticipada.

Por eso es importante que los equipos que atienden a enfermos en fase terminal tengan una probada competencia en los aspectos clínicos y éticos de la sedación, a fin de que ésta sea indicada y aplicada adecuadamente y evitar así indicaciones no correctas.

Hay que tener en cuenta que las únicas “alternativas” a la sedación serían o “matar” al paciente, esto es, abogar por la eutanasia, o mantenerlo con suero sin sedarlo que conduce a prolongar la agonía. Estas dos “alternativas” son actividades contrarias a la *lex artis* del médico y a cualquier ser humano. Esta ley remite al derecho que tienen los médicos a establecer los criterios para decir lo que es indicado para cada paciente en cada circunstancia. Tanto es así que lo que está en juego es la dignidad de la vida humana y la de la vocación médica.

Al fin y al cabo la eutanasia opta por eliminar el dolor y al que padece ese dolor, es decir, a la persona. Salvando las diferencias es como cuando se quiere acabar con la rabia del perro, matándolo. Sí que se acaba para siempre con la rabia, pero a costa de matar al perro. De la misma manera, se suele decir: no se puede matar una mosca a cañonazos. Traduciendo este dicho a nuestro tema: no se puede acabar con el sufrimiento y el dolor del enfermo, matándolo, y esto es lo que se hace cuando se le aplica una eutanasia.

Luego, la eutanasia se propone, entre otros motivos, como “solución” para suprimir el sufrimiento y el dolor del paciente. Pero claro, a costa de su eliminación. Pero, sobre todo, la eutanasia se propone como afirmación de una mal entendida autonomía del enfermo, como dominio absoluto de cada uno sobre su vida.

Resumiendo, la sedación es una maniobra terapéutica destinada al alivio de síntomas y no una eutanasia encubierta. La sedación, en sí misma, es un recurso terapéutico éticamente neutro; lo que puede hacerla aceptable o reprobable es el fin o intención que con ella se desea conseguir y las circunstancias en las que se aplica.

El recurso a la sedación al final de la vida será aceptable éticamente cuando sirva a los mejores intereses del paciente que está en etapa de muerte inminente, cuando exista una indicación médica correcta, tras deliberación y reflexión compartida por el equipo sanitario, autorizada por el enfermo (en su defecto por la familia) y cuando otros recursos terapéuticos que no disminuyen el nivel de conciencia para el control de los síntomas hayan demostrado su ineficacia.

Lo que se trata es que la sedación no se convierta en un recurso que, en vez de servir a los mejores intereses del enfermo, sirva para reducir el esfuerzo del equipo médico que le atiende, el propio sufrimiento de la familia, o se le aplique atendiendo a criterios

meramente economicistas.

Además, la sedación del paciente no descarga al equipo médico de la dignidad intrínseca del paciente, de la ética de la propia profesión y de los cuidados básicos que todo enfermo precisa (de los que se tratará más adelante).

En el tema de la sedación un aspecto a tener muy en cuenta es el siguiente: la atención a la familia del enfermo [\[24\]](#). Esta atención es más urgente cuando el enfermo se encuentre en una fase avanzada de su enfermedad. No hay que esperar, para prestar esa atención, a que la medicina curativa deje paso a la paliativa (de una medicina que ya no puede curar a otra que alivia y conforta), sino que desde el principio de la enfermedad grave del paciente se tiene que dar esa atención a la familia. Esta atención se intensificará cuando el enfermo se encuentre en esa fase avanzada de la enfermedad. Así, poco a poco irá aumentando el grado de la relación entre el médico, el enfermo y la familia. Esa relación, al final, será tan fluida que permitirá hablar de la sedación de una forma tan clara que en el momento en que el médico decida que hay que aplicarla al enfermo, su entorno sabrá a qué atenerse.

En caso contrario, esto es, que a los miembros de la familia no se les informe del estado del enfermo, la sedación y sus consecuencias, puede conllevar a desconsuelos y tristezas posteriores innecesarias.

Esta lamentable situación se debe a que en muchos casos las decisiones médicas empiezan a tomarse en las fases de agonía del paciente y a que la información y la comunicación dadas a la familia han sido insuficientes.

De ahí que sea muy relevante que los profesionales sanitarios, pero, sobre todo, el médico esté, desde el comienzo de la enfermedad, en contacto con la familia [\[25\]](#). Día a día se debe ir hablando de los temores que tienen el paciente y su familia, las dudas, y cuando se aplique la sedación al enfermo, hay que informar al paciente y a la familia de los síntomas que pueden aparecer.

3. La obstinación terapéutica

Hay que indicar que estar en contra de la eutanasia no significa estar a favor de prolongar la agonía del enfermo. Efectivamente, estar a favor de que la muerte suceda de forma natural no significa estar en contra de la administración de una medicación para mitigar o paliar el dolor.

Así es, el médico que auxilia al enfermo en el trance de su muerte tiene que evitar esa forma de “sobreactuación” conocida como enañamiento [\[26\]](#) “distanasia” (procede de las palabras griegas *dis* y *thanatos* que significan etimológicamente prolongar la muerte) u obstinación terapéutica, es decir, el empleo de todas las medidas no indicadas, desproporcionadas o extraordinarias para prolongar artificialmente la vida (medios inútiles) y por tanto, con la intención de evitar la muerte, a pesar de que no haya esperanza alguna de curación. Estas (la eutanasia y la obstinación terapéutica) constituyen una mala práctica médica y una falta deontológica [\[27\]](#).

Por eso, ni un extremo ni otro: ni la eutanasia entendida esta como el derecho a morir con dignidad de forma que implique el deber, por parte del médico, de matar “dignamente”, ni la obstinación terapéutica, esto es, intentar evitar que uno muera “cuando es su momento”. Ambas opciones no son acordes con el trato debido a un ser humano.

No obstante, estar en contra también de la “obstinación terapéutica” no significa rechazar cualquier cuidado al enfermo. Efectivamente, la voluntad del paciente o de su familia tienen un límite: no pueden obligar al médico a aplicar tratamientos no indicados (como una sedación contraindicada), pero tampoco el médico puede retirar la alimentación e hidratación al enfermo cuando se le estén facilitando cuidados básicos.

4. Los cuidados básicos

La alimentación y la hidratación al final de la vida suele convertirse en un motivo de controversia y discusión. Es recomendable mantenerlas si contribuyen al control de síntomas, de lo contrario puede que produzcan más inconvenientes que beneficios como puede ser en casos de insuficiencia cardiaca, anasarca (derrame o acumulación del líquido seroso en el tejido celular que produce una hinchazón generalizada del cuerpo y de los miembros y se manifiesta con fiebre), anemia, diarrea y secreciones bronquiales.

Desde el punto de vista ético, uno de los problemas que subyacen a la cesación de la hidratación y nutrición del enfermo, sea terminal o no, radica en que dicha práctica pueda convertirse también en una eutanasia por omisión [\[28\]](#).

Con todo, lo que no se puede hacer es provocar la muerte de un ser humano por hambre y sed. La alimentación y la hidratación, aunque sean artificiales, nunca se pueden considerar actos desproporcionados, son un soporte vital y básico. La “causa” de la muerte no debe ser nunca la falta de alimentación y de sed, sino en todo caso, el propio curso

de la enfermedad.

Hay que ofrecer el soporte necesario (medios proporcionados) a cualquier vida humana hasta el final con hidratación, analgesia, higiene, alimentación y evitando el ahogamiento.

Quienes apuestan por la retirada de la alimentación y de cualquier otro cuidado básico se confunden. Estas no tienen nada que ver con la invocación a la limitación del esfuerzo terapéutico del personal sanitario. El enfermo que está muy grave “tiene que morir” de muerte natural. “Tiene que morir” por el propio curso de su enfermedad degenerativa, incurable... no de hambre, de sed o por falta de higiene.

Hay que afirmar que es moralmente aceptable e incluso obligatoria desde la ética de las profesiones sanitarias la cesación de unos cuidados con la intención de prestarle el mejor cuidado permitiendo la llegada de la muerte. Es cierto que algunos casos serán relativamente sencillos de calificar, otros, en cambio, pueden plantear más dudas. Por esta razón, una información actualizada y el criterio ético anteriormente expuesto pueden darnos una orientación clara para el justo equilibrio de permitir la muerte, aliviando al enfermo.

5. Conclusión

Por consiguiente, tanto la eutanasia como la obstinación terapéutica son contrarias a la dignidad humana.

La eutanasia, sea o no a petición, no es una ayuda ni un derecho de la autonomía individual que no afecta a otras personas, perdiendo de vista su incidencia en la protección del bien común.

Por el contrario, hay que abogar por unos cuidados que sean manifestación de nuestra humanidad. Luego, una sociedad verdaderamente solidaria debe centrar sus esfuerzos para ayudar a morir con dignidad a quien está llegando al final de su vida: cuidándolo de tal manera que no le quepa la menor duda de que, aunque esté muy deteriorado por la enfermedad que padece, no ha perdido ni un ápice de su dignidad.

En mi opinión, los que están a favor de la eutanasia cometen, entre otros, dos errores: el primero, identificar vida digna y salud, o incluso bienestar, y, el segundo, identificar indignidad y enfermedad. Se olvidan, por tanto, de dos cosas: 1) que se es perfectamente digno si se carece de salud; 2) que la enfermedad forma parte de la naturaleza humana y ésta nunca es indigna.

No obstante, la cuestión de fondo es si se puede o no deshacerse de la vida de un ser humano o alargarla cuando está cercana su muerte.

Referencias

Asamblea Médica Mundial. *Código Internacional de Ética Médica*, 2006, art. 28.2.

Astudillo, W. Mendinueta, C. Astudillo, E. *Medicina paliativa cuidados del enfermo en el final de la vida y atención a su familia*, EUNSA, Pamplona, 2008; Astudillo, W. *Medicina Paliativa y el Tratamiento del Dolor en la Atención Primaria*, Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos y Paliativos Sin Fronteras, 1, Buenos Aires, Argentina, 2012.

Barrio, J.M. “La bioética ha muerto. ¡Viva la ética médica!” *Cuadernos de Bioética*. 2015; 26(86): 25-49. “Trato ético con las personas ancianas”. *Cuadernos de Bioética*. 2005; 16(56): 56-64. “La corrupción del lenguaje en la cultura y en la vida”. *Pensamiento y Cultura*. 2012; 11: 35-48; *La gran dictadura. Anatomía del relativismo*, Rialp, Madrid, 2001.

Bátiz, J. ¿Derecho a la sedación?, en medicosypacientes.com.

Casado, M. “Una vez más sobre la eutanasia”. *Enrahonar: Quaderns de filosofia*. 2008; 40-41: 113-121.

Cortez, J., “Aspectos bioéticos del final de la vida: el Derecho a Morir con Dignidad”, *Rev. Cuadernos* 2006, 51 (2): 97-102.

Ferrer, U., “Interdisciplinariedad en Bioética: su posibilidad y límites”, *Cuadernos de Bioética*. 2013; 24(81): 264-274.

Ferrer Hernández, M.E. “Legalización de la eutanasia como opción a una muerte digna”. *Cultura de los cuidados: Revista de enfermería y humanidades*. 2002; 11.

Figuroa García-Huidobro, R., *Concepto de derecho a la vida*, Ius et Praxis, 2008, 1: 261-300.

Grau, José. *Dolor y Eutanasia*. Eunsa, Navarra, 2001.

Herranz, G. *La medicina paliativa*. Atlántida. 1991; 5: 29-34.

Júdez, J., “Suicidio médicamente asistido en el final de la vida”, *Medicina Clínica*, 2005; 125(13): 498-503.

Kant, I. *Grundlegung zur Metaphysik der Sitten*; (tr. J. Mardomingo *Fundamentación de la Metafísica de las Costumbres*), Ariel, Barcelona, 1996.

Martínez Otero, J., “Cuando la autonomía sólo beneficia a algunos: crítica de una hipertrofia”, VI Seminario Internacional de Bioética: El futuro de la bioética en la lucha contra la exclusión y la pobreza, Universitat de València, 2016.

Melendo, T. Millán-Puelles L. *Dignidad, ¿una palabra vacía?*, Eunsa, Pamplona, 1996.

Montero, E. “Hacia una legalización de la eutanasia voluntaria”. *La Ley. Revista Jurídica Española de Doctrina, Jurisprudencia y Bibliografía*. 1999; 4755: 2-3; *Cita con la muerte*, Rialp, Madrid, 2013.

Paniagua, D. & Rodríguez, D. “Cuidados básicos en el hogar a las personas en tratamiento quimioterapéutico”. *Revista de Enfermería Actual en Costa Rica*. 2011; 21: 1-17.

Pastor García, L.M. ¿Qué significado hay que dar al término «calidad de vida» en bioética? *Cuadernos de Bioética*. 2006; 17(61): 401-409; “El derecho a la vida y la eutanasia”, *Cuadernos de Bioética*. 1993; 4(16): 32-35.

Requejo Conde, C. (2008). *Protección penal de la vida humana. Especial consideración de la eutanasia neonatal*, 2008, Comares, Granada.

Rivera López, E. “Eutanasia y autonomía”, *Humanitas: Humanidades Médicas*, 1, 1, 2003.

Royes, A. “La eutanasia y el suicidio médicamente asistido”. *Psicooncología: investigación y clínica biopsicosocial en oncología*. 2008; Vol. 5, N°. 2-3: 323-337.

Saunders, CM. “La filosofía del cuidado terminal”, en Saunders, CM. Ayuso, E. (eds.), *Cuidados de la enfermedad maligna Terminal*, Editorial Salvat, Barcelona, 1980.

Serrano-Ruiz Calderón, J. M. “Sobre la injusticia de la eutanasia. El uso de la compasión como máscara moral. Referencia a nuevos documentos bioéticos europeos”. *Persona y Bioética*. 2013; 17 (2): 168-186; *Eutanasia*. Ediciones Universitarias Internacionales, Tribuna siglo XXI, Madrid, 2007.

Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL, 2002, 2015).

Spaemann. R, *Límites. Acerca de la dimensión ética del actuar*, Eiunsa, Madrid, 2003.

Taboada, P. “El derecho a morir con dignidad”. *Acta Bioethica*. 2000; año VI, n° 1.

Tomás de Aquino. *Suma contra Gentiles III*, cap.112, BAC, Madrid, 1968.

Resolución de la Asociación Médica Mundial sobre la Eutanasia, 2013.

Rodríguez, E. “La eutanasia y sus argumentos: reflexión crítica”. *Ars Médica*. 2000, 2.

Vaquerizo García, D. & Alonso Babarro, A. *Guía de atención al paciente al final de la vida*, 2008: 89-103.

Villarraig, J. “Dignidad personal: aclaraciones conceptuales y fundamentación”. *Quién*. 2015; 2: 49-63.

Tsiompanou, E. Arroyo Crespo, A.M. Suárez Pérez de Eulate, N. *Enfermería en cuidados paliativos y al final de la vida*, en Martínez Cruz, M.B. Monleón Just, N. Carretero Lanchas, Y. García-Baquero Merino, M.T. (coords), 2015, 116-125.

Roberto Germán Zurriarán
Universidad de La Rioja

Fuente: aebioetica.org.

[1] *Sociedad Española de Cuidados Paliativos*, 2002. En este mismo sentido, la Asociación Médica Mundial define eutanasia “como el acto deliberado de poner fin a la vida de un paciente, aunque sea por voluntad propia o a petición de sus familiares, es contraria a la ética. Ello no impide al médico respetar el deseo del paciente de dejar que el proceso natural de la muerte siga su curso en la fase terminal de su enfermedad”.

[2] La Declaración de la Asociación Médica Mundial sobre Suicidio con ayuda médica estipula: “El suicidio con ayuda médica, como la eutanasia, es contrario a la ética y debe ser condenado por la profesión médica. Cuando el médico ayuda intencional y deliberadamente a la persona a poner fin a su vida, entonces el médico actúa contra la ética. Sin embargo, el derecho de rechazar tratamiento médico es un derecho básico del paciente y el médico actúa éticamente, incluso si al respetar ese deseo el paciente muere”.

[3] Dentro de la muerte médicamente asistida, Javier Júdez defiende que es conveniente distinguir entre el suicidio médicamente asistido (SMA) y la eutanasia, aun cuando ambas pudieran considerarse moralmente condenables; ver Júdez, J., “Suicidio médicamente asistido en el final de la vida”, *Medicina Clínica*, 2005; 125(13): 498-503.

[4] Cfr. Vilarroig, J. “Dignidad personal: aclaraciones conceptuales y fundamentación”. *Quién*. 2015; 2: 49-63.

[5] Cfr. Melendo, T. Millán-Puelles, L. *Dignidad, ¿una palabra vacía?*, Eunsa, Pamplona, 1996.

[6] Tomás de Aquino. *Suma contra Gentiles III*, cap.112, BAC, Madrid, 1968.

[7] Cfr. Kant, I. *Grundlegung zur Metaphysik der Sitten*; (tr. J. Mardomingo, *Fundamentación de la Metafísica de las Costumbres*), Ariel, Barcelona, 1996.

[8] Cfr. Spaemann, R. *Límites. Acerca de la dimensión ética del actuar*, Eunsa, Madrid, 2003, 411.

[9] Cfr. Barrio, J.M. “La bioética ha muerto. ¡Viva la ética médica!” *Cuadernos de Bioética*. 2015; 26(86): 25-49; “Trato ético con las personas ancianas”. *Cuadernos de Bioética*. 2005; 16(56): 53-64; “La corrupción del lenguaje en la cultura y en la vida”. *Pensamiento y Cultura*. 2012; 11: 35-48; *La gran dictadura. Anatomía del relativismo*, Rialp, Madrid, 2001.

[10] Cfr. Herranz, G. *La medicina paliativa*. *Atlántida*. 1991; 5: 29-34.

[11] Cfr. Ferrer Hernández, M.E. “Legalización de la eutanasia como opción a una muerte digna. Cultura de los cuidados”. *Revista de enfermería y humanidades*. 2002; 11: 87-95.

[12] Cfr. Casado, M. “Una vez más sobre la eutanasia”. *Enrahnar: Quaderns de filosofia*. 2008; 40-41: 113-121.

[13] Cfr. Rodríguez, E. “La eutanasia y sus argumentos: reflexión crítica”. *Ars Médica*. 2000; 2: 45-57.

[14] Cfr. Royes, A. “La eutanasia y el suicidio médicamente asistido”. *Psicooncología: investigación y clínica biopsicosocial en oncología*. 2008; Vol. 5, N°. 2-3: 323-337.

[15] Cfr. Montero, E. “Hacia una legalización de la eutanasia

voluntaria”. *La Ley. Revista Jurídica Española de Doctrina, Jurisprudencia y Bibliografía*. 1999; 4755: 2-3; *Cita con la muerte*, Rialp, Madrid, 2013. Para un estudio completo del derecho a morir, véase Taboada, P., “El Derecho a morir con dignidad”, *Acta Bioethica* 2000; año VI, nº 1, 92.

[16] A favor de la autonomía en el tema de la eutanasia, ver Rivera López, E. “Eutanasia y autonomía”, *Humanitas: Humanidades Médicas*, 1, 1, 2003, 93-100. En concreto, este autor sostiene que el derecho a una decisión autónoma acerca del momento y el modo de morir da una razón *prima facie* importante a favor de la legalización de la eutanasia activa. En contra, es decir, que la eutanasia no depende del derecho a una decisión autónoma, ver Martínez Otero, J., “Cuando la autonomía sólo beneficia a algunos: crítica de una hipertrofia”, VI Seminario Internacional de Bioética: El futuro de la bioética en la lucha contra la exclusión y la pobreza, Universitat de València, 2016.

[17] Cfr. Serrano-Ruiz Calderón, J. M. “Sobre la injusticia de la eutanasia. El uso de la compasión como máscara moral. Referencia a nuevos documentos bioéticos europeos”. *Persona y Bioética*. 2013; 17 (2): 168-186; *Eutanasia*. Ediciones Universitarias Internacionales, Tribuna siglo XXI, Madrid, 2007.

[18] Cfr. Rodríguez, E. “La eutanasia y sus argumentos: reflexión crítica”. *Ars Médica*. 2000; 2: 45-57.

[19] Cfr. Taboada, P. “El derecho a morir con dignidad”. *Acta Bioethica*. 2000; año VI, nº 1.

[20] Sociedad Española de Cuidados Paliativos, (*SECPAL*, 2015).

[21] Cfr. Bátiz, J. ¿Derecho a la sedación?, en *medicosypacientes.com*.

[22] Cfr. Barrio, J.M. “La bioética ha muerto. ¡Viva la ética médica!” *Cuadernos de Bioética*. 2015; 26(86): 25-49; “Trato ético con las personas ancianas”. *Cuadernos de Bioética*. 2005; 16(56): 53-64; “La corrupción del lenguaje en la cultura y en la vida”. *Pensamiento y Cultura*. 2012; 11: 35-48; *La gran dictadura. Anatomía del relativismo*, Rialp, Madrid, 2001.

[23] Asamblea Médica Mundial. Código Internacional de Ética Médica, 2006, art. 28.2.

[24] Cfr. Astudillo, W. Mendinueta, C. Astudillo, E. *Medicina paliativa cuidados del enfermo en el final de la vida y atención a su familia*, EUNSA, Pamplona, 2008; Astudillo, W. *Medicina Paliativa y el Tratamiento del Dolor en la Atención Primaria*, Sociedad Vasca de

Cuidados Paliativos y Paliativos Sin Fronteras, 1, Buenos Aires: Argentina, 2012.

[25] Ídem.

[26] Cfr. Barrio, J.M. “Trato ético con las personas ancianas”. *Cuadernos de Bioética*. 2005; 16(56): 53-64.

[27] Cfr. Montero, E. “Hacia una legalización de la eutanasia voluntaria”. *La Ley. Revista Jurídica Española de Doctrina, Jurisprudencia y Bibliografía*. 1999; 4755: 2-3.

[28] Tsiompanou, E. Arroyo Crespo, A.M. Suárez Pérez de Eulate, N. *Enfermería en cuidados paliativos y al final de la vida*, en Martínez Cruz, M.B. Monleón Just, N. Carretero Lanchas, Y. García-Baquero Merino, M.T. (coords), 2012, 116-125.