Globethics Repository



Razones del «si» a la vida y del «no» a la eutanasia [Reasons for "Yes" to life and 'no' euthanasia]

This page was generated automatically upon download from the Globethics Repository. More information on Globethics see https://www.globethics.net. Data and content policy of Globethics Repository see https://repository.globethics.net/pages/policy.

Item Type	Article
Authors	Associació Catalana d’ Estudis Bioètics
Publisher	Asociación Española de Ética y Bioética Médica
Rights	Creative Commons Copyright (CC 2.5)
Download date	2026-11-16 05:23:49
Link to Item	http://hdl.handle.net/20.500.12424/203788

RAZONES DEL «SI» A LA VIDA Y DEL «NO» A LA EUTANASIA

ASSOCIACIÓ CATALANA D'ESTUDIS BIOÈTICS (ACEB)

Presentación

La legalización de la eutanasia en Holanda ha provocado la solicitud por parte de algunos partidos políticos de la legalización de la eutanasia en España. Con este documento la Associació Catalana d'Estudis Bioètics (ACEB) quiere aportar al importante debate social reflexiones fundamentales ante un asunto tan delicado como la despenalización de acciones contra la vida humana.

1. ¿Qué es la eutanasia?

La Organización Médica Colegial (OMC) define la eutanasia como aquella «*acción del médico que provoca deliberadamente la muerte del paciente*».

Esta definición resalta **la intención del acto médico**, es decir, el querer provocar voluntariamente la muerte. La eutanasia se puede realizar por **acción**: proporcionando **una inyección letal** al enfermo**, o por omisión:** no proporcionando el soporte básico para la supervivencia del mismo. **En ambos casos, la finalidad es la misma: acabar con una vida enferma.**

Esta acción sobre el enfermo, con intención de sacarle la vida, se llamaba, se llama y debería seguir llamándose *homicidio.* La información y conocimiento del paciente sobre su enfermedad y su demanda libre y voluntaria de poner fin a su vida, lo que algunos pretenden denominar «suicidio asistido», no modifica que sea un homicidio, ya que lo que se propone entra en grave conflicto con los principios rectores del Derecho y de la Medicina hasta nuestros días.

2. Situación actual

La eutanasia es un acto que busca provocar la muerte a una persona enferma y que conlleva graves consecuencias familiares, sociales, médicas, éticas y políticas. Su despenalización modificará en su propia raíz la relación entre las generaciones y los profesionales de la medicina. El Informe Remmelink sobre la práctica de la eutanasia en Holanda revela que se provocaron

1.000 muertes por eutanasia involuntaria (sin consentimiento) en 1990[1]. Estos 1.000 pacientes eutanasiados se convierten en 1.000 poderosísimas razones para oponerse a la eutanasia activa. Igualmente en los casos en los que la eutanasia es solicitada por el enfermo existe un grave problema ético porque se trata de una derrota social y profesional ante el problema de la enfermedad y de la muerte. Los casos extremos y la autonomía personal, siempre aludidos por los partidarios de la eutanasia para su despenalización, no deben generar leyes socialmente injustas, que enfrentan el deseo individual con el ineludible deber del Estado de proteger la vida física de cada ciudadano.

Hay que eliminar el sufrimiento humano, pero no al ser humano que sufre.

Tres cuestiones complejas están presentes en el debate de la eutanasia: el consenso democrático, la dignidad de la persona humana y la autonomía personal.

• ***El consenso***:

El consenso convierte el principio legislativo en la única fuente de verdad y de bien, y deja la vida humana a merced del número de votos emitidos en un Parlamento. Las legislaciones sobre el aborto, la clonación humana, la fecundación extracorpórea y la experimentación embrionaria son consecuencia de la aplicación del principio de las mayorías.

Los derechos humanos no son otorgados por el número de votos obtenidos, ni por la sociedad, ni por los partidos políticos, aunque deben siempre reconocerlos y defenderlos. Tampoco se basan **en el consenso social,** ya que los derechos los posee cada persona, por ser persona. Las votaciones parlamentarias no modifican la realidad del hombre, ni la verdad sobre el trato que le corresponde.

• ***La dignidad de la vida humana***

Ninguna vida carece de valor.

El hecho de nacer y el de morir no son más que hechos y sólo hechos, adornados naturalmente de toda la relevancia que se quiera. Precisamente por ello no pueden ser tenidos como dignos o indignos según las circunstancias en que acontezcan, por la sencilla y elemental evidencia de que **el ser humano siempre, en todo caso y situación es excepcionalmente digno, esté naciendo, viviendo o muriendo. Decir lo contrario es ir directamente en contra de lo que nos singulariza y cohesiona como sociedad.**

Legalizar la eutanasia es una declaración de derrota social, política y médica ante el enfermo que no acabará con las perplejidades de la vida, ni de la muerte, ni con las dudas de conciencia de los médicos, de los pacientes y de los familiares.

• ***La autonomía personal***

«El derecho a morir no está regulado constitucionalmente, no existe en la Constitución la disponibilidad de la

1 Henk ten Have, Secretario de la European Society for Philosophy of Medicine and Health Care, Conferencia pronunciada en Fundaciín Ciencias de la Salud «Eutanasia: La experiencia holandesa».25/10/1995. Madrid.

propia vida como tal»[2] **Si existiera este derecho absoluto sobre la vida, existirían otros derechos como la posibilidad de vender tus propios órganos o aceptar voluntariamente la esclavitud.**

La autonomía personal no es un absoluto. Uno no puede querer la libertad sólo para sí mismo, **ya que no hay ser humano sin los demás**. Nuestra libertad personal queda siempre conectada a la responsabilidad por todos aquellos que nos rodean y por la humanidad entera. La convivencia democrática nos obliga a someternos y a aceptar los impuestos, las normas y las leyes que en ningún momento son cuestionados como límites a la libertad personal.¿Por qué no queremos descubrir un bien social en la protección legal de la vida en su finitud? ¿Qué cultura dejaremos a nuestros hijos si les transmitimos que los enfermos no merecen la protección de todos?

3. Cómo queremos morir?

- Queremos una buena muerte, sin que artificialmente nos alarguen la agonía, ni nos apliquen una tecnología o unos medios desproporcionados a la enfermedad.
- Queremos ser tratados eficazmente del dolor, tener la ayuda necesaria y no ser abandonados por el médico y el equipo sanitario cuando la enfermedad sea incurable.
- Queremos ser informados adecuadamente sobre la enfermedad, el pronóstico y los tratamientos que dispone la medicina, que nos expliquen los datos en un lenguaje comprensible, y participar en las decisiones sobre lo que se nos va a hacer.
- Queremos recibir un trato respetuoso, que en el hospital podamos estar acompañados de la familia y los amigos sin otras restricciones que las necesarias para la buena evolución de la enfermedad y el buen funcionamiento del hospital.

¿Cómo queremos morir?

1. Sin dolores razonablemente evitables.
2. Informados sobre la enfermedad y las posibilidades de tratamientos, con palabras comprensibles.
3. Pudiendo decidir sobre lo que se nos va a hacer y rechazar tratamientos que prolongan artificialmente la agonía.
4. Siempre tratados con respeto y cariño por los profesionales de la salud.
5. Acompañados de la familia y los amigos.

4. Papel del médico

El acto médico se basa en una relación de confianza donde el paciente confía al médico el cuidado de su salud, aspecto primordial de su vida, de sí mismo. En la relación entre ambos no puede **mediar el pacto de una muerte** intencionada. La eutanasia significará el final de la confianza depositada durante milenios en una profesión que siempre se ha comprometido a no provocar la muerte intencionalmente bajo ningún supuesto.

2 J.A. Belloch en: C. Fibla *Debate sobre la eutanasia*. Planeta 2000.

La eutanasia deshumanizará la medicina. Solamente desde el respeto absoluto es posible concluir que todas las vidas humanas son dignas, que ninguna es dispensable o indigna de ser vivida.

La eutanasia frenará el progreso de la medicina. Los médicos se volveran poco a poco indiferentes hacia determinados tipos de enfermedad, no habrá razones para indagar en los mecanismos patogénicos de la senilidad, de la degeneración cerebral, del cáncer en estadio terminal, de las malformaciones bioquímicas o morfológicas, etc.

La solución está en proporcionar un cuidado integral a quien pronto va a morir, tratándole tanto los sufrimientos físicos como los sufrimientos psíquicos, sociales y espirituales.

Este es el fundamento de la Medicina Paliativa que desde la perspectiva del **respeto absoluto debido a toda persona** y ante los límites terapéuticos de la propia medicina, pasa a controlar los síntomas de la enfermedad, especialmente la presencia de dolor, acompañando al enfermo hasta la muerte.

¿Qué es la sedación terminal?

«*Se entiende por sedación terminal la administración deliberada de fármacos para producir una disminución suficientemente profunda y previsiblemente irreversible de la conciencia en un paciente cuya muerte se prevé próxima, con la intención de aliviar un sufrimiento físico y/o psicológico inalcanzable con otras medidas y con el consentimiento explícito, implícito o delegado del paciente*»[3]. El recurrir al consentimiento implícito o delegado cuando el paciente puede conocer la información **quita al moribundo su derecho a afrontar el acto final de su vida:** su propia muerte. La familia y el médico podrían suplantar y despojar al enfermo del conocimiento de esta decisión.

El verdadero respeto a los derechos del paciente pasa por hacerlo partícipe de las decisiones sobre su vida, aunque éstas hayan de pasar por una información desagradable.

La sedación terminal es éticamente correcta cuando:

1. El fin de la sedación sea mitigar el sufrimiento;
2. La administración del tratamiento busque **únicamente** mitigar el sufrimiento y no la provocación intencionada de la muerte.
3. No haya ningún tratamiento alternativo que consiga los mismos efectos principales sin el efecto secundario que sería el acortamiento de la vida. Entonces la acción es correcta y éticamente aceptable.

La sedación terminal es correcta únicamente cuando se busca mitigar el sufrimiento del enfermo y no cuando la finalidad es acelerar su muerte. En este caso se trata de eutanasia activa.

3 J. Porta, C. Guinovart, E. Ylla-Catalá, A. Estibalez, I. Grimau, A. La Fuerza, M. Nabal, C. Sala, A. Tuca. Definición y opiniones acerca de la sedación terminal: estudio multicéntrico catalano-balear. Med. Paliativa 1999; 6 (3): 108-115.

5. Consecuencias de su despenalización

Las difíciles **circunstancias** que provocan algunas enfermedades o una experiencia familiar desagradable pueden ser causa de una posición personal a favor de la eutanasia. Pero los casos extremos no generan leyes socialmente justas, por las dificultades que estos mismos comportan. Los casos extremos son utilizados y presentados como irresolubles, por lo que si hoy aceptamos **matar intencionadamente a un paciente como solución** para un problema, mañana podremos hallar una centena de problemas para los cuales matar sea la solución.

La eutanasia no resuelve los problemas del enfermo, sino que destruye a la persona que tiene los problemas.

Un antecedente de lo expuesto puede considerarse en las consecuencias de la despenalización del aborto bajo los tres supuestos o excepciones a la norma en la ley del aborto de 1985: por violación, por malformaciones fetales o congénitas y por el peligro para la salud física o psíquica de la madre. El peligro para la salud psíquica de la madre se ha convertido en un cajón de sastre donde cabe todo ya que el 97,83%[4] de los motivos se acogen a este supuesto. **Hoy ya nadie habla del derecho a la vida de los no nacidos y el aborto se ha convertido en una práctica médico-social habitual sin control legal alguno en los supuestos contemplados por la ley.**

Se habla del control absoluto del acto eutanásico ante su despenalización pero la evidencia es muy distinta pues **el médico, si se despenaliza la eutanasia, tendrá impunidad para matar sin que nadie se entere**.

Los siguientes ejemplos ponen de manifiesto la inseguridad de los enfermos:

- La Vanguardia (6/01/2001) publicó la siguiente noticia: «**Médico de familia y asesino en serie»**. Un minucioso informe de la universidad de Leicester determina que «probablemente 297 pacientes de Harold Shipman, conocido como «Doctor Muerte» no murieron por causas naturales». Shipman, inglés, padre de cuatro hijos y médico de cabecera ya cumple cadena perpetua por haber asesinado a quince de sus pacientes. En su expediente se lee que mataba predominantemente a señoras de mediana edad, entre los 50 y 65 años, aplicándoles sobredosis de drogas como la heroína, que conseguía con su licencia de médico haciendo ver que eran para aliviar el dolor de sus pacientes. Los familiares de algunas de las víctimas siguen presionando a la fiscalía británica para averiguar si sus seres queridos fueron asesinados. El Dr. Shipman fue descubierto por manipular el testamento de Kathllen Grundy que la familia denunció.
- EL País (23/06/2000) publicó el caso de **una enfermera inglesa investigada por la muerte de 18 menores.** Las dudas surgieron por la carta de una madre quejándose del tratamiento recibido por su hijo, ya fallecido. La enfermera al estar versada en los cuidados paliativos aplicados a casos

4 El aborto en España. Publicado en «El Mundo», 15/09/1998. (Fuente: Ministerio de Sanidad).

incurables; de aquí que sus visitas a las distintas casas no eran supervisadas con el mismo rigor que las tareas del resto de sus compañeras. Las autoridades del Hospital de Runwell, del condado de Essex, la suspendieron de empleo y sueldo. La noticia no citaba el nombre de la enfermera.

- En Brasil, publicó ABC (11/05/99) «**investigan a las funerarias por el nuevo «ángel de la muerte».** El auxiliar de enfermería Edson Izidoro, sospechoso de haber matado a 131 pacientes en estado grave, confesó haber recibido comisión de las funerarias y de haber actuado por dinero.
- La Razón (12/01/99) publicó **«Un médico holandés denuncia ante el Consejo de Europa 900 casos de eutanasia sin consultar al paciente».** La denuncia **fue realizada por el** doctor Henk Ten Have en la reunión de la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa que tuvo lugar el día anterior.
- **Amnistía Internacional** (AI), publicó Diario Médico (3/11/ 98) declaró que los médicos que intervienen en la ejecución de un reo por medio de una inyección letal incurren en una práctica contraria a la ética profesional, aunque les ampare la legislación del país. El doctor, James Welsh, ha afirmado que cuando se introdujo el uso de la inyección letal «**se presentó como un sistema que humanizaba de manera notable las ejecuciones. Sin embargo, en la práctica, se tiene constancia de un alto número de casos en los que ha fallado y ha causado una muerte dolorosa».**
- El Mundo publicó (7/01/99) «**La policía británica investiga 50 muertes por eutanasia».** Varios hospitales han sido acusados de haber retirado el suero intravenoso a sus pacientes, mientras estaban sedados, y de causarles la muerte por deshidratación. El doctor Gillian Craig dijo al respecto: «**En algunas ocasiones, sedar a un paciente y deshidratarle equivale a eutanasia. El agua y los alimentos constituyen una necesidad básica y no pueden considerarse como un tratamiento que los médicos pueden conceder o retirar a su antojo».**
- ABC (8/08/2000) publicó «**En Dinamarca no se atenderá a los enfermos terminales para ahorrar gastos».** El pacto concertado entre médicos y políticos escandaliza a la sociedad.

¿Qué pasará si se despenaliza?

La despenalización de la eutanasia comportará una decadencia ética progresiva. Gonzalo Herranz[5] describe en cuatro fases las situaciones por la que pasaremos en caso de ser despenalizada:

1. Se presentará la eutanasia como un **tratamiento** que sólo puede aplicarse en ciertas situaciones clínicas extremas, sometidas a un control estricto de la ley.
2. Tras pocos años, la reiteración de casos irá privando a la eutanasia de su carácter excepcional. La habituación se

5 G. Herranz, «Las razones médicas en contra la legalización de la eutanasia». Prólogo en C. Fibla, *Debate sobre la eutanasia*. Barcelona: Planeta, 2000: 11-20.

producirá con la idea de que es una intervención no carente de ventajas, e incluso una terapéutica aceptable. **La eutanasia le ganará falazmente la batalla a los cuidados paliativos por ser más indolora, rápida, estética, y económica convirtiéndose para el enfermo en un derecho exigible a una muerte dulce, para los allegados en una salida más cómoda, para algunos médicos un recurso sencillo que ahorra tiempo y esfuerzos, y para los gestores sanitarios una intervención de óptimo cociente costo/eficacia.**

3. Para aquellos profesionales que acepten la eutanasia voluntaria, **la eutanasia involuntaria** se convertirá, por razones de coherencia moral, en una obligación indeclinable. Esta fase comporta la eutanasia involuntaria. El médico razona que la vida de ciertos pacientes incapaces de decidir es tan carente de calidad, tienen tan alto costo, que no son dignas de ser vividas. Es muy fácil expropiar al paciente de su libertad de escoger seguir viviendo.
4. Se generalizará este concepto a otros enfermos y la eutanasia sustituirá a la medicina.

Un ejemplo: Holanda

Según la nueva ley holandesa la eutanasia no será delito si el médico la practica respetando los siguientes requisitos: que la situación del paciente sea irreversible y el sufrimiento insoportable; que el médico esté seguro que nadie coacciona al paciente y que su petición de morir haya sido expresada más de una vez; que el médico pida la opinión de otro colega, que deberá haber visto al paciente. Todos estos requisitos estaban ya previstos en la legislación de 1993. **Lo novedoso de esta ley es que los menores de 12 a 16 años pueden también solicitar la eutanasia con permiso de sus padres. Los de 16 y 17 años no necesitaran el consentimiento paterno, pero sí su participación en el proceso de decisión.**

P.J. van der Mass y G. van der Wal[6], catedráticos de Salud Pública de la Universidad Erasmus de Rotterdam y de la Universidad Libre de Amsterdam, realizaron un informe a petición de las ministras de Justicia y Sanidad para evaluar la aplicación de la legislación. Sus conclusiones permiten comparar la práctica actual de la eutanasia con la que reflejó otro informe realizado en 1991 por una comisión, presidida por el fiscal general del Estado Jan Remmelink.

Los dos estudios se basan en dos informes separados: uno basado en entrevistas con médicos y otro en el procedimiento de notificación.

La comparación del informe Remmelink de 1990 y el de 1995 pone de manifiesto que del total de fallecidos en Holanda:

1. Las muertes por eutanasia han aumentado de 2.300 casos en 1990 a 3.120 casos en 1995;
2. La cooperación al suicidio ha pasado de 400 casos a 540 casos;
3. **La práctica de la eutanasia sin consentimiento explícito** se mantiene en torno a 1.000 casos.

6 Van der Mass, van Delden JJM, Pijnenborg L, Looman GWN. Euthanasia and other medical

4. **Las peticiones explícitas de eutanasia o de suicidio asistido crecieron un 9% desde 1990.**
5. **El procedimiento de notificación** no cumple su papel de control a posteriori. Todavía la mayoría de los casos de eutanasia no son declarados como tales al realizar el acta de defunción, aunque la proporción de las declaraciones ha aumentado del **18% en 1990 al 41% en 1995**.

Las eutanasias con consentimiento son una gran derrota familiar, social, médica y política que debe movernos a reflexionar sobre la voluntad de morir de estos pacientes que dicen: 'Doctor, quiero morir', que significa: 'Doctor, quiero vivir, pero ¿estará también a mi disposición cuando no pueda más?». Los 1.000 casos de eutanasias anuales sin consentimiento explícito, son una poderosa razón para no permitir esta práctica ya que estamos hablando de homicidios involuntarios.

6. Razones políticas para decir no a la eutanasia

El debate de la eutanasia pone al descubierto cuáles son deberes del Estado o políticos y cuáles son deberes personales.

La tutela de la vida humana es un deber político que no puede relegarse a la moral particular o privada de cada uno. La vida física es un bien universal que no puede ser amenazado por ninguna circunstancia.

Existen dos planos diferenciados:

1. **Jurídico-político**: regula las relaciones entre los hombres –por la convivencia en paz, seguridad y libertad– y protege los bienes comunes de los que participamos todos y en los que la vida física de cada hombre es presupuesto necesario para la existencia de otros bienes. **No es un deber del Estado hacer bueno al hombre a través de las leyes civiles, pero sí proteger a todos los que pueden verse privados del derecho fundamental a la vida especialmente ante la vulnerabilidad que comporta la enfermedad.**
2. **Moral**: regula los actos individuales. El presunto derecho al **suicidio asistido es una opinión o deseo personal**. Una cosa es el deseo que tenemos de morir bien y otra bien distinta despenalizar el acto intencionado de supresión de una vida: el homicidio.

El derecho a la protección de la vida física de cada persona y bajo cualquier circunstancia de enfermedad o de vejez **es el fundamento que nos protege de los criterios éticos de los demás sobre la propia existencia**, de la forma en cómo los otros «me ven», e incluso de la moralidad particular de aquel que no descubre el respeto debido siempre al otro, como el médico que practica eutanasias.

decisions cencerning the end of life. The Lancet 1991; 338: 669-674.

Van der Mass PJ, van der Wal G, Haverkate I, et al. Euthanasia, physician-assistied suicide, and other medical practices involving the end of life in the Netherlans, 1999-1995. N. Engl. J. Med 1996; 335: 1609- 1705.

7. Algunos testimonios en contra de la despenalización

Pablo Salvador Coderch, Catedrático Derecho Civil de la Universidad Pompeu Fabra, escribe en un artículo de opinión, *Ministros de muerte*, (La Vanguardia, 27/02/1998):

«No existe nada parecido a un derecho a la muerte ni nadie en su sano juicio puede pretender que el Estado reconozca a ninguno de sus ciudadanos la facultad de exigir ante un tribunal que un funcionario le inyecte una sustancia letal».

«Yo no estoy de acuerdo (con el mensaje enviado por los medios de comunicación) deprimente y letal: hay que ayudar a vivir que no siempre es fácil; en algún caso aislado, habrá que dejar morir, pero matar es una solución demasiado sencilla. Cuesta tan poco, que está al alcance de cualquier incompetente».

«Los jueces del Tribunal Supremo Federal (EEUU) se negaron a admitir que tampoco hay que distinguir entre eutanasia activa –matar– y pasiva –dejar morir–..... Llevan razón: en la vida y en el derecho la regla de principio es que no es lo mismo hacer algo que abstenerse de ello».

Camilo José Cela. Premio Nobel de Literatura (1989). *El Mal Camino.* ABC.

«Por el mundo adelante se extiende cada vez más la idea de la licitud del exterminio cuanto pueda frenar la marcha triunfal del vencedor, y eso es muy peligroso. El retrasado, por la razón que fuere, el tonto, el débil, el enfermo, el viejo, el negro, el paria y el perdedor, también tiene derecho a seguir viviendo, aunque sea mal. Si el hombre no es capaz de adecuar su vida a la justicia –y lleva demasiado tiempo intentándolo sin conseguirlo– no va a tener más remedio que volver a la caridad..... La energía del fuerte debe encauzarse hacía la regeneración del débil, que siempre será posible si se prueba seriamente a hacerlo»

«Lo que no se puede es admitir que los superdotados quieran hacer jabón con los infradotados; un trozo de carne con figura humana, por poco que discurra, sigue siendo un hombre y, por el solo hecho de serlo, es digno de un absoluto respeto».

Juan Alberto Belloch, Ex-Ministro de Justicia (1993-1996) responde a la pregunta de la periodista Carla Fibla: ¿Qué es lo que personalmente le hace mostrarse tan reacio a la despenalización de la eutanasia? «[...] *si está despenalizado practicar la eutanasia activa y directa, en determinados casos* ***el riesgo es que el médico termine sustrayendo o suplantando la voluntad del paciente»*** [...] «*Hay que pensar; el valor de la muerte, si se da o no un elemento de presión sobre los más débiles».*[...] «*Por arreglar una injusticia creamos un problema mayor, ésa es la verdadera cuestión»*[7]

8. Disposiciones internacionales

La Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa en su recomendación 1.418, aprobada el 25 de junio de 1999 pidió que se garantice el acceso de los enfermos terminales a los cuidados

7 J. A. Belloch en C. Fibla, *Debate sobre la eutanasia*. Barcelona: Planeta, 2000: 107-123.

paliativos y recuerda que la eutanasia, aún voluntaria, contraviene el artículo 2 del Convenio Europeo de Derechos Humanos que afirma que «la muerte no puede ser inflingida intencionalmente a nadie». Los 41 diputados exhortaban a los Gobiernos a mantener «la prohibición absoluta de poner fin intencionalmente a la vida de los enfermos incurables y de los moribundos».

Un mayor conocimiento de los cuidados paliativos en la atención a los enfermos terminales ha hecho que disminuya sensiblemente el apoyo a la eutanasia y del suicidio asistido entre los Oncólogos de los Estados Unidos. A finales de 1999, la **American Medical Associaton (AMA)** decidió apoyar en el Congreso una ley que prohibiría la cooperación al suicidio en todo el país. La eutanasia está permitida en Oregón desde 1997 y en cambio ha sido rechazada por referéndum en Maine.

Código internacional de Ética Médica de la Asociación Médica Mundial (Londres 1949 – Sydney 1968 – Venecia 1983). «El médico debe recordar siempre la obligación de preservar la vida humana».

Asociación Médica Mundial (Madrid, 1987) Declara que «la eutanasia, es decir, el acto deliberado de dar fin a la vida de un paciente, aunque sea por su propio requerimiento o a petición propia es contraria a la ética».

Organización Mundial de la Salud (OMS) (Ginebra, 1990) Considera que «con el desarrollo de métodos modernos de tratamiento paliativo, no es necesaria la legalización de la eutanasia. Además, ahora que existe una alternativa viable a la muerte dolorosa, debieran concentrarse los esfuerzos en la implementación de programas de tratamiento paliativos, antes que ceder ante las presiones que tienden a legalizar la eutanasia».

El Tribunal Europeo de Derechos Humanos en Estrasburgo (2002) rechazó el recurso presentado por Diane Pretty contra la Alta Corte Británica por no haberle concedido la eutanasia. Los siete jueces del Tribunal Europeo de Derechos Humanos consideraron de forma unánime que no se puede deducir del «derecho a la vida» un «derecho a morir, ya sea por la mano de un tercero o por la asistencia de una autoridad pública» y puso el acento en la obligación del Estado a proteger la vida. La Convención europea de Derechos Humanos no confiere «de ninguna manera» a un ciudadano el derecho a exigir a un Estado que le permita o facilite su muerte. Los jueces consideraron que establecer una distinción entre personas que pueden suicidarse y las que no «socavaría seriamente la protección de la vida» y «aumentaría de manera significativa el riesgo de abusos».

9. Altenativas a la eutanasia

La solución a los sufrimientos que comporta la enfermedad no debe pasar por admitir el matar o la ayuda al suicidio de las personas enfermas. Matar nunca es una solución y aún menos el suicidio. **El reto social y médico está en el desarrollo de una Medicina Paliativa eficaz, que admita la condición doliente del ser humano y que procure el control del dolor y el alivio del sufrimiento.**

La verdadera alternativa a la eutanasia y al encarnizamiento terapéutico es **la**

humanización de la muerte. Ayudar al enfermo a vivir lo mejor posible el último periodo de la vida. Es fundamental expresar el apoyo, mejorar el trato y los cuidados, y mantener el compromiso de no abandonarle, tanto por parte del médico, como por los cuidadores, los familiares, y también del entorno social.

Muchos casos de petición de eutanasia se deben a una «medicina sin corazón». La eutanasia se basa en la desesperación y refleja la actitud de «ya no puedo hacer nada más por usted». **Hay que ayudar a vivir, pero no siempre es fácil; también habrá que dejar morir, pero matar es una solución demasiado sencilla.** La respuesta ante la petición de eutanasia no es la legalización sino una mejor educación y atención sanitaria y social.

La Medicina Paliativa procura responder a cualquier necesidad de los enfermos cuando se encuentran en una fase avanzada de la enfermedad o en situación terminal. La extensión de los programas de Cuidados Paliativos es muy importante para poder atender mejor a estos enfermos. Precisamente en España, el Plan Nacional de Cuidados Paliativos que están elaborando el Ministerio de Sanidad, el Insalud y los representantes de todas las comunidades autónomas, tiene como principal objetivo mejorar la calidad de vida de los pacientes en situación terminal.

La solución pasa por practicar una buena medicina, es decir, dar un cuidado integral a quien presumiblemente va a morir, tratando tanto los sufrimientos físicos como los sufrimientos psíquicos, sociales y espirituales del enfermo.

Hay que ser respetuosos con la vida y también con la muerte. Al final de la vida, se deben suspender los tratamientos que según los conocimientos científicos no van a mejorar el estado del paciente; y únicamente se deben mantener los calmantes, la hidratación, la nutrición y los cuidados ordinarios necesarios.

Associació Catalana d'Estudis Bioétics (ACEB)
Registre d,Associacions de la Generalitat de Catalunya 16.750.
C/ Sebastián Altet, 7.
8190 Sant Cugat del Vallés.
http://www.aceb.org/