

PRESENTACIÓN

La eutanasia es el tema que hoy nos ocupa, en el quinto de los Encuentros Quiral. Recordemos que los antiguos griegos entendían que la eutanasia era «una muerte (*thánatos*) suave, sin sufrimientos físicos». Hoy día el término se ha convertido en sinónimo de polémica y es uno de los temas de debate social y moral en nuestra sociedad. La Fundación Vila Casas, siguiendo con el criterio iniciado con la publicación del análisis de los temas de medicina y salud que más impacto han causado en la prensa durante un año, el *Informe Quiral*, ha querido tratar este asunto en profundidad, como también hizo con el nuevo fármaco para la impotencia, el Viagra, y los riesgos hospitalarios. Precisamente, Viagra, riesgos hospitalarios y eutanasia fueron los tres grandes temas médico-sanitarios del año 1998, con 600, 471 y 185 referencias, respectivamente.

Para esta Fundación quizás hubiera sido más fácil soslayar un tema como el de hoy, pero el interés que lleva despertando desde hace un par de años nos obliga a abordarlo de la mano de los expertos que nos acompañan.

Es justo mencionar aquí que la eutanasia saltó a los medios de comunicación por un suceso muy determinado: la muerte del tetrapléjico Ramón Sampredo, ocurrida en enero de 1998. Algunos datos para el coloquio son que Sampredo estaba en plenas facultades mentales para pedir lo que deseaba y que por sí mismo no podía cumplir su objetivo. El debate general sobre la eutanasia nos obliga a reflexionar, a poner sobre la mesa las cartas de suicidio o asesinato, pero la muerte de Ramón Sampredo, con muchos factores añadidos, se convirtió en un caso excepcional.

Sea como sea, es un hecho que la eutanasia tiene partidarios y detractores, que cuestiona la prevalencia de los



derechos individuales sobre los colectivos, que implica directamente a la ética y la libertad, y que su legislación también es motivo de debate en los países de nuestro entorno. Intuyo que no será fácil el diálogo ni tampoco lo será para la Fundación Vila Casas elaborar conclusiones en la línea de trabajo que esta institución defiende: evitar la alarma social y tratar los temas de interés social con criterios objetivos. El de hoy es un reto que esta Fundación no podía eludir.

Antoni Vila Casas
Presidente de la Fundación Vila Casas

Sumario	2
Presentación	
ANTONI VILA CASAS	2
Eutanasia	
¿DE LA MUERTE DIGNA AL HOMICIDIO VOLUNTARIO?	3
Ponentes	
Ernest Lluch	5
Miquel Vilardell	6
Salvador Pániker	7
María Casado	8

Carlos Alonso	9
Enrique Ferrer	10
Debate	11
Conclusiones	15

CUADERNOS QUIRAL

AÑO 2 • NÚMERO V • PUBLICACIÓN CUATRIMESTRAL • ABRIL 2000

Edita: Observatorio de la Comunicación Científica, UPF

© Fundación Privada Vila Casas, Ausiàs March, 20 - 08010 Barcelona

Coordinación: Àngeles Canals

Producción editorial: Rubes Editorial, S.L.

ISSN: En trámite • Depósito legal: B-52114-98 Impresión: Grup 4

EUTANASIA

¿de la muerte digna al homicidio voluntario?

Son muchos los países que, desde hace unos 50 años, están intentando encontrar una solución a los dilemas que plantean los avances de las tecnologías médicas, la mayor esperanza de vida y los problemas asociados al dolor, tanto físico como psíquico, que éstos conllevan.

En España, podría decirse que el debate alcanza repercusión nacional a raíz del caso del tetrapléjico gallego Ramón Sampedro Cameán. Sampedro es el primer español que planteó a los tribunales de justicia, en 1996, la petición de morir sin sufrimiento. Su muerte, el 12 de enero de 1998, marca un antes y un después en la cobertura del tema por parte de los medios de comunicación y en el debate público en general. La polémica emisión del vídeo que recoge las imágenes de sus últimos momentos también se trató extensamente en todos los medios de comunicación, pero la discusión acerca de si se podía o se debía llevar a cabo esa emisión probablemente es otro debate diferente al de la eutanasia. Así, en 1998 el caso Sampedro originó en los cinco diarios españoles de máxima difusión (*ABC*, *El Mundo*, *El País*, *El Periódico* y *La Vanguardia*), 185 textos periodísticos, según se recoge en el *Informe Quiral 1998*.

El fuerte impacto social del caso se refleja en el hecho que 49 de estos 185 textos pertenecían a géneros de opinión: editoriales, artículos, columnas y cartas al director. En la mayoría de casos, los textos reflejan posiciones de tolerancia; pero también se publican posiciones contrarias a la eutanasia. La dimensión social del caso también estuvo resaltada por el fenómeno de autoinculpación generado al abrirse una investigación judicial para esclarecer posibles responsabilidades penales (la asociación Derecho a Morir Dignamente recibió miles de cartas de personas que se autoinculpaban de la muerte de Sampedro). El debate ético que este caso provocó en la sociedad abrió la puerta para que se extendiera al ámbito parlamentario: en el mes de febrero de 1998 se presentaron en el Congreso de los Diputados dos proposiciones de ley para legalizar la eutanasia, que fueron rechazadas por amplia mayoría y se decidió tratar el asunto de manera más sosegada a través de una comisión especial en el Senado. Así, en marzo se creó la Comisión Especial para el Estudio de la Eutanasia, con

el difícil cometido de lograr un consenso entre todas las fuerzas políticas y a la que fueron llamados especialistas de sociedades médicas y científicas, representantes de diferentes religiones, diversas asociaciones civiles, como la asociación Derecho a Morir Dignamente, etc.

Un debate mediático

Este debate en torno al caso del tetrapléjico Ramón Sampedro, abierto durante todo el año 1998, actúa como detonante, y en 1999, aunque no se viven los «momentos calientes» del año anterior, las páginas de la prensa parecen seguir sensibilizadas con el tema y recogen acontecimientos relacionados con la eutanasia con bastante frecuencia, algunos de ellos muy alejados geográficamente.

Así, los diarios se han hecho eco de las peticiones de pacientes que solicitaban ayuda para morir, como el caso,

en Australia, de una enferma terminal de cáncer que realizó su petición en un anuncio televisivo, o el de una tetrapléjica de Estados Unidos que logró que un juez de Florida fallase una sentencia en la que se establecía que la reclamante estaba en plenas facultades para tomar su decisión. La mirada de la prensa también se ha dirigido hacia los procesos judiciales originados por actuaciones médicas relacionadas con la eutanasia. El más extensamente tratado de todos ellos es, sin duda, el último juicio al Dr.

Kevorkian, un médico estadounidense, también apodado mediáticamente como Dr. Muerte, y cuyo juicio ha sido detalladamente cubierto por los medios de comunicación. Las páginas de los periódicos también se han hecho eco del posicionamiento de ciertos colectivos (ancianos, por ejemplo), así como de algunas asociaciones profesionales tales como el Colegio de Médicos, que rechaza la eutanasia («El médico nunca provocará intencionadamente la muerte de ningún paciente, ni siquiera en caso de petición expresa de éste»), pero que también tiene en cuenta los deseos del enfermo («El médico ha de tener en cuenta la voluntad explícita del paciente a rechazar el tratamiento para prolongar su vida y a morir con dignidad»), o el Colegio de Abogados de Barcelona («Los abogados de Barcelona piden la despenalización de la eutanasia con todas las garantías jurídicas»).



Asimismo, la prensa ha reflejado qué decisiones se toman al respecto en el extranjero, muy especialmente en los Países Bajos, donde la eutanasia no está legalizada pero sí despenalizada si se produce dentro de las directrices que marca el Gobierno, y en el Estado de Oregón, que hasta hace muy poco era el único territorio de Estados Unidos donde la eutanasia estaba legalizada.

La prensa escrita diaria analizada en el *Informe Quiral* también ha recogido los resurgimientos del debate en el extranjero, como ha sucedido recientemente en Italia a raíz de las declaraciones de dos venerables nonagenarios italianos, el periodista Indro Montanelli y la premio Nobel de Medicina o Fisiología Rita Levi Montalcini, en las que reivindicaban «el derecho del individuo a decidir el momento y el modo de finalizar su vida».

Distintos términos, distintas intenciones

Tratar un tema como la eutanasia, con relaciones tan estrechas con la moral y la ética, y con implicaciones profundas en la concepción del mundo y de la vida, es, sin duda, una tarea nada fácil para los medios de comunicación. Y más cuando se ha visto en numerosos estudios la importancia del papel de los medios sobre la percepción social de conceptos como la muerte, la enfermedad y la salud. Evidentemente, del léxico elegido a la hora de presentar un discurso informativo dependerá, en gran parte, la percepción que el lector tenga sobre el tema. Así, al hacer referencia a la muerte de Sampedro y en textos referentes a la eutanasia, en general, la prensa española ha utilizado un gran número de expresiones distintas para el mismo concepto, cada una con un matiz y una intención determinadas. Así, predominan las expresiones de tolerancia respecto al tema, tales como «eutanasia» o, en menor medida «muerte digna», pero tampoco es nada despreciable el conjunto de expresiones menos favorables como «suicidio», «muerte», «eutanasia activa», «homicidio voluntario» o «inyección letal».

Por otro lado, también se ha utilizado el término «eutanasia» para designar hechos que no se inscriben en el «universo eutanásico» porque se sitúan en otro contexto muy diferente, tal como especifica el Comité Científico de la Sociedad Internacional de Bioética:

«Sólo existe un tipo de eutanasia y consiste en una intervención activa y directa para provocar a un enfermo, generalmente con grandes sufrimientos y en fase terminal, la muerte que pide libre, reiterada y razonadamente. Este comité no considera eutanasia las erróneamente denominadas:

- eutanasia activa indirecta, que consiste en administrar a un paciente terminal un tratamiento contra el dolor insufrible aun a costa de adelantarle la muerte,
- eutanasia pasiva, mediante la cual se deja de aplicar al enfermo un tratamiento de un esfuerzo terapéutico artificial e innecesario, que podría conducir al encarnizamiento. El Comité considera estos métodos como variables opcionales de la atención médica.»

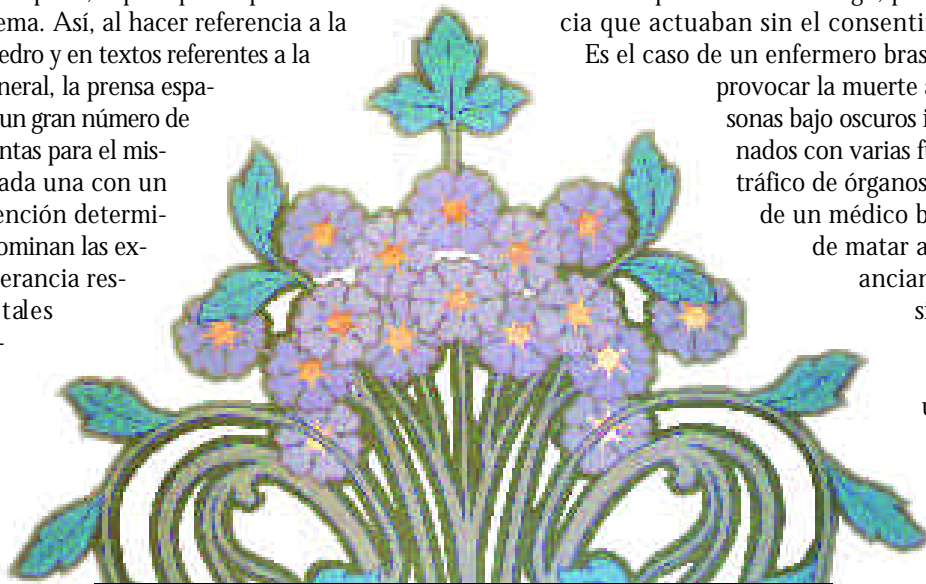
Es el caso, por ejemplo, de un escándalo de la sanidad británica que en nuestro país se recogió con titulares como «Eutanasia por inanición. Un médico denuncia que varios hospitales británicos dejan morir de hambre a los ancianos» o «La policía británica investiga 50 muertes por eutanasia», cuando en ambos casos en el texto se especifica que, ni los pacientes, ni siquiera sus familiares, habían dado tipo alguno de consentimiento para las prácticas médicas que provocaron la noticia.

Algo parecido ha sucedido con el apodo mediático del Dr. Kevorkian, conocido como Dr. Muerte. Este apodo también se ha adjudicado a otros profesionales de la sanidad sospechosos de ser los responsables del fallecimiento de pacientes a su cargo, pero con la diferencia que actuaban sin el consentimiento de éstos.

Es el caso de un enfermero brasileño acusado de provocar la muerte a decenas de personas bajo oscuros intereses relacionados con varias funerarias y con el tráfico de órganos; también lo es el de un médico británico acusado de matar a varias pacientes ancianas con el propósito más directo de apropiarse de su dinero. Utilizar un mismo apodo para los protagonistas de estos casos puede llevar a confusión, pues

el contexto de cada situación es muy diferente.

Sin duda, la meticulosidad al presentar las informaciones relacionadas con temas tan espinosos como éste contribuiría a desarrollar un debate sereno y abierto, que se agradecería tanto desde las líneas de los férreos defensores de la eutanasia como derecho fundamental del ser humano, como desde las de los más acalorados de sus detractores.



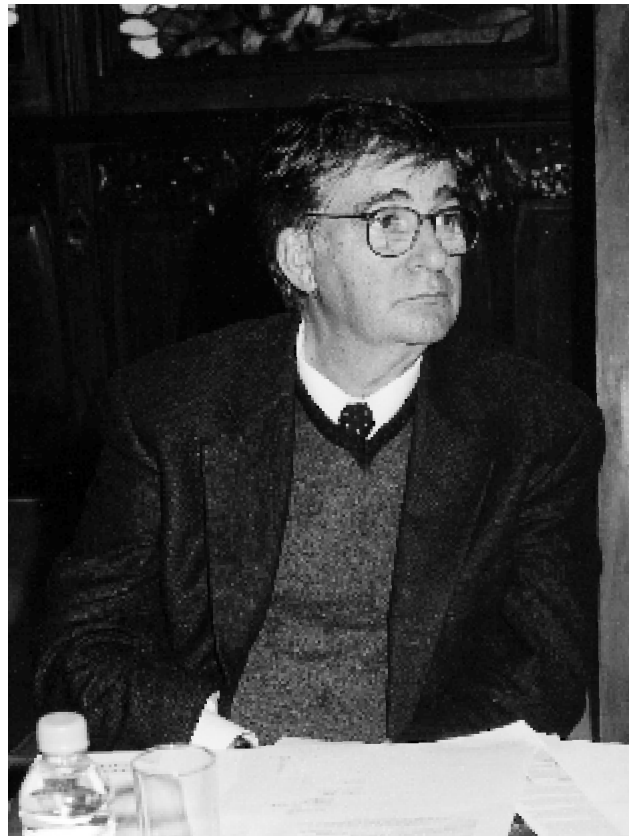
PONENTES

ERNEST LLUCH

**Ministro de Sanidad y Consumo
de 1982 a 1985.**

**Rector de la Universidad Internacional
Menéndez y Pelayo.**

**Catedrático de Economía de la Universidad
de Barcelona.**



La eutanasia es un asunto complicado, difícilísimo, en el que muchas conciencias entran en colisión, con opiniones y sentimientos distintos, y en el que se debe tomar en consideración puntos de vista muy dispares. Para los políticos, una forma de orientarse, de conocer el sentir de esa disparidad, que permita presentar propuestas y tomar decisiones que afecten a la legislación podrían ser las encuestas a los ciudadanos. En Francia, recientemente, se ha llevado a cabo, mediante encuestas, un trabajo de campo en el que se ha intentado una aproximación al número de casos reales de eutanasia que se producen en el país vecino, cuyo resultado ha arrojado la cifra de dos mil casos (reconocidos) de eutanasia en un año.

El proceso que probablemente se seguirá en España va a ser parecido a lo que está sucediendo en Francia, donde el Comité Ético sobre Medicina y Biología se ha planteado una evolución en el tema de la eutanasia a raíz de un hecho concreto, que es el resultado de esa encuesta. No sabemos si realmente se dan dos mil casos al año, pero lo cierto es que los medios de comunicación franceses así lo han creído y, por tanto, a la larga, la población también lo creerá.

A medida que los casos de eutanasia se vayan conociendo en mayor número y profundidad, el problema pasará a ser también de índole jurídico: la justicia no sabrá cómo abordar el tema a la vista de la legislación vigente. No es lo mismo juzgar

un caso aislado (como ha ocurrido en España con la muerte de Ramón Sampredo), que hacerlo cuando, presumiblemente, estamos refiriéndonos a dos mil casos. A partir de ahí si, por ejemplo, un juez dictase una condena delictiva por aplicar la eutanasia y que esa petición de indulto llegase hasta el Consejo de Ministros, automáticamente el debate sobre la eutanasia tendría la puerta abierta para iniciar la vía política. A mi entender, hasta que un gran número de casos de eutanasia no caigan en manos de los jueces, no habrá un interés por hallar una salida política. La resolución podría venir de la creación de equipos de médicos que, tras un estudio de la situación, formularan su opinión sobre cada caso concreto y que esa opinión fuera contrastada con un juez, en un intento de encajar todos los puntos de vista.

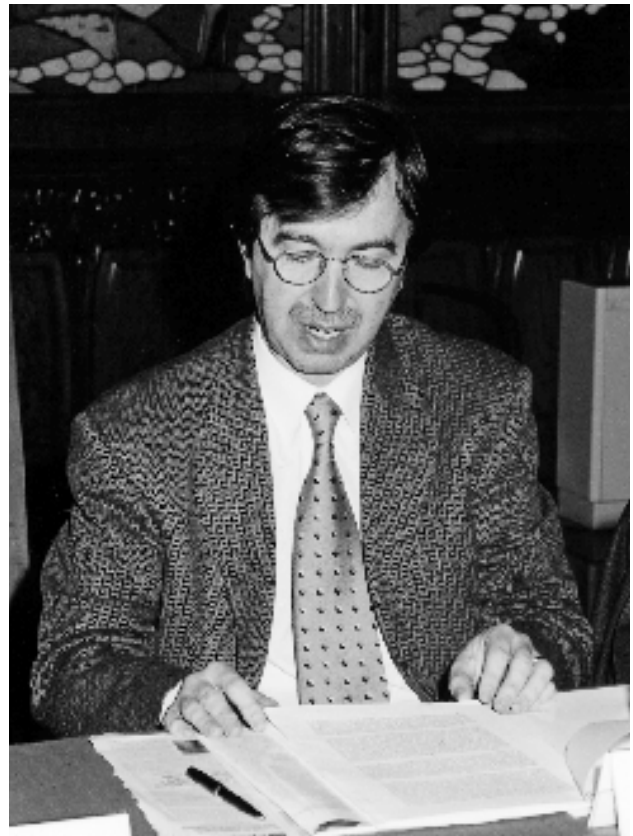
En definitiva, es necesario potenciar mecanismos abiertos, que no pretendan abarcar todos los supuestos; de manera que el encaje entre médicos y jueces obligue a revisar caso por caso. A partir de ese momento, la dificultad estriba ya en las limitaciones que pueda imponer el propio Código Penal; y, en ese sentido, se tendrían que revisar algunos tropiezos jurídicos para que, incluso en situaciones límite, se logaran soluciones. Por el momento, en nuestro país, parece que algunos jueces prefieren no afrontar la realidad y, ante una larga lista de espera de juicios donde elegir, optan por dar carpetazo a los casos de eutanasia que se presentan.

Miquel Vilardell

Licenciado y doctorado en medicina y cirugía por la Universidad de Barcelona.

Ha sido decano de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Barcelona, vicepresidente de la Comisión Nacional de Evaluación del Medicamento, presidente de la Sociedad Catalana de Medicina Interna y director de la edición española de la revista *JAMA*, entre otras ocupaciones profesionales. En 1997 obtuvo el Premio de Investigación, concedido por la Generalitat de Catalunya.

Actualmente dirige la revista *Medicina Clínica*.



Como profesional de la medicina, mi objetivo prioritario es mejorar la calidad de vida de las personas atendidas, aplicando los conocimientos científicos y las técnicas diagnósticas y terapéuticas aprobadas y evaluadas por la comunidad científica (grupos de investigación, agencias de evaluación, sociedades científicas). Una vez conocida la historia clínica y los diferentes problemas de salud de la persona (en sus aspectos físico, psíquico, familiar y socioeconómico) hay que buscar las soluciones diagnósticas y terapéuticas adecuadas de acuerdo con la evidencia científica que haya respecto a la patología diagnosticada, procurando hallar soluciones definitivas o la paliación del daño con el fin de mejorar la calidad de vida. Entonces es cuando el binomio médico/paciente funciona y se consigue un objetivo común: unos resultados positivos benefician al paciente y son muy gratificantes para el médico.

Es muy importante que, en un futuro inmediato, se homogeneicen las prácticas clínicas a través de guías clínicas consensuadas que ofrezcan los mejores tratamientos posibles para las situaciones en que la intervención del médico no es efectiva o es insuficiente. Mientras tanto, debemos evitar el sufrimiento físico y aliviar el psíquico, siempre pactando con el enfermo y su familia, aunque ello implique una posible reducción de los días de vida. El límite en este tipo de atenciones puede ser difícil de marcar y debería ser la mejora o control de la morbilidad y del sufrimiento. Cualquier medida

en esta línea, razonada y pactada con el paciente, debería ser discutida y analizada por el médico sin que provoque un conflicto moral.

Otra cuestión son las peticiones concretas y dirigidas de eutanasia o suicidio asistido. A pesar de que en algunos estados han sido legisladas, estas medidas generan un rechazo en la mayoría de médicos. Se trata de un falso debate, dado que la gran mayoría de los pacientes únicamente solicitan una mejoría de sus síntomas. La medicina paliativa actual consigue controlar o mejorar la gran mayoría de las molestias. Creo que es un error entrar en este debate antes de consensuar cuáles son los mejores tratamientos paliativos y especialmente difundir aquellos claramente beneficiosos en la práctica asistencial cotidiana como sería, por ejemplo, el control del dolor.

Un problema cada vez más prevalente es la toma de decisiones finales en pacientes afectos de demencias avanzadas; entonces, las peticiones vienen del ámbito familiar. Este hecho junto con la falta de buenos marcadores pronósticos de supervivencia en estos pacientes hace que la toma de decisiones sea especialmente problemática. En estos casos, es muy importante conocer la historia previa del paciente y si había manifestado en alguna ocasión su opinión ante situaciones concretas, ya sea verbalmente o por escrito, antes de tomar decisiones orientados por sus familias.

Salvador Pániker

Doctor en ingeniería y en filosofía. Su vida profesional abarca diversos campos: profesor de filosofía oriental y metafísica, filósofo, ingeniero, escritor y editor.

Es el fundador y director de la Editorial Kairós.

Desde su fundación, es el presidente de la Asociación pro Derecho a Morir Dignamente (DMD) de España.



La eutanasia, como la obstetricia, es una manera de superar un hándicap biológico. Yo añadiría que la eutanasia, la muerte digna, la muerte sin dolor y sin angustia, es ante todo un derecho humano. Incluso un derecho animal. Es un derecho que se inscribe en el contexto de una sociedad secularizada que no cree ya que el sufrimiento innecesario tenga sentido alguno. El núcleo de la cuestión es que cada cual pueda decidir por sí mismo, desde su plena capacidad jurídica o, en su defecto, a través de un previo testamento vital, cuándo quiere, y cuándo no quiere seguir viviendo. El derecho a morir dignamente se inscribe en el ámbito de los derechos relacionados con la autodeterminación.

El tema no es nuevo (...). Lo nuevo es hoy un amplio clamor social, resultado de una mayor sensibilidad y consecuencia de que la misma medicina es capaz de prolongar la vida humana en condiciones muy poco humanas. La consecuencia de todo ello es que se están modificando hábitos sociales y prácticas médicas. En algunos países se insinúan cambios legislativos. Por lo pronto existe una tendencia universal a conceder valor legal a la declaración escrita de una persona, estipulando lo que acepta y lo que rechaza en lo que se refiere a la fase terminal de su vida. Más todavía: se tiende a respetar la voluntad del enfermo en cualquier situación *irreversible*, sea terminal o sea únicamente crónica. Las estadísticas demuestran que, en las sociedades económicamente desarrolladas, las poblaciones se manifiestan claramente favorables a la despe-

nalización de la eutanasia voluntaria, con el establecimiento de garantías legales indispensables.

Se trata de un tema interdisciplinario, donde concurren aspectos médicos, éticos, jurídicos, filosóficos, incluso estéticos. El debate, a menudo, más que ideológico es de enfrentamiento de sensibilidades. Muchos pensamos que la vida no es un valor absoluto; que la vida debe ligarse con *calidad de vida* y que, cuando esa calidad se degrada más allá de ciertos límites, uno tiene derecho a *dimitir*.

La dignidad es un valor socialmente reconocido, pero que se concreta individualmente. Sólo uno mismo puede determinar si su propia existencia tiene o ha dejado de tener dignidad. Hay que admitir que la vida de cada cual pertenece a cada cual, y, desde un punto de vista jurídico, debe ser superada la ficticia confrontación entre el derecho a la vida y el derecho a la libertad. La vida es un derecho, pero no un deber. Quienes defendemos el derecho a morir con dignidad pensamos, en fin, que el debate sobre la eutanasia ha alcanzado ya un punto irreversible de esclarecimiento y madurez. Existe un vacío legal. La eutanasia exige ser tipificada. En un contexto pluralista, el Estado ha de ser neutral frente a las distintas creencias religiosas, e incluso frente a las distintas éticas. La sociedad está madura para reconocer el derecho a la autodeterminación del individuo. Es hora de conceder al ser humano la plena posesión de su destino.

María Casado

**Profesora titular de Filosofía del Derecho
y directora del Máster de bioética y derecho de la
Universidad de Barcelona.**

**Es directora del Centro Especial de Investigación
Observatorio de Bioética y Derecho
de la Universidad de Barcelona.**



La discusión que nos ocupa es una cuestión de situaciones límite. En el filo del cambio de milenio, el debate sobre la eutanasia debe ser enfrentado desde un doble punto de vista: como una cuestión de respeto y de solidaridad. La posición ante la eutanasia supone un verdadero test de validación de la aceptación del principio de autonomía; principio en el que decimos centrar no sólo las decisiones morales, sino la vida general de nuestra sociedad (que al menos acepta ser definida como liberal).

¿Por qué en algunos sectores de la sociedad se plantea aún, de forma tan virulenta, la cuestión de la eutanasia? A mi entender, la razón estriba en la enorme carga ideológica que ha arrastrado a este debate y que motiva que ciertas posiciones se parapeten en actitudes maximalistas y, en muchos casos, intolerantes. Entre los detractores de la eutanasia se aprecia con frecuencia un planteamiento que lleva a un enfrentamiento de absolutos (cierto que este no es el único terreno en que se asumen estas actitudes), mientras que por parte de los defensores del derecho a morir en libertad se enfoca una cuestión de respeto. Ambos bandos invocan la defensa de la dignidad humana pero, evidentemente, entienden de manera diversa dar sentido a la dignidad: la cristiana y la laica... es imposible el acuerdo si palabras iguales designan conceptos distintos.

Aunque la primera cuestión a la que me haya referido es la tradicional invocación a la autonomía y la dignidad de la persona, acudiendo al marco del planteamiento general, me gustaría cen-

trar mi aportación en el otro enfoque del problema de la eutanasia: la solidaridad y el respeto.

Hace pocos días, el Comité Nacional de Ética francés ha publicado un informe en el que modifica las conclusiones y criterios que había sostenido al respecto nueve años atrás para reconocer explícitamente que es aconsejable la revisión a la luz del progreso de la técnica médica y de la evolución de la sociedad de entonces.

El alargamiento de la vida en determinadas circunstancias no es considerada como un bien por todas las personas, y en este caso la voluntad del individuo debe ser tenida en cuenta. Ante esta situación el Comité de Ética francés invoca la solidaridad humana y la compasión para tomar en consideración el hecho de que el ser humano puede encontrarse en circunstancias tales que, aunque exista una regla general de prohibición, se tengan en cuenta excepciones.

Hablar en este sentido de compasión no supone entender este concepto en forma paternalista, sino que apela a una concepción solidaria de las relaciones de los seres humanos, a una visión del problema que acepte aperturas excepcionales para supuestos excepcionales, y, además, se trata de circunscribir el campo del acuerdo de conformidad a una definición estricta del término, ligado a la solicitud del sujeto y al cumplimiento de requisitos que garanticen la voluntariedad.

Creo que es una buena vía para el acuerdo entre posiciones que, por otros caminos, se ven habitualmente enfrentadas.

Carlos Alonso

Doctor en Ciencias, licenciado en Ciencias Biológicas y en Filosofía, y máster en Genética.

Profesor de investigación del CSIC en el Centro de Biología Molecular de la Universidad Autónoma de Madrid.

Vicepresidente del Comité de Bioética del CSIC.



Kant distingue dos tipos de principios deontológicos, los perfectos y los imperfectos. Los primeros son aquellos cuya transgresión es contradictoria cuando el dato se universaliza, razón por la cual la conversión de la materia de la transgresión en una máxima universal no se puede pensar, porque resultaría intrínsecamente contradictoria. Estos preceptos de Kant se corresponderían con los que la ética naturalista llamaba intrínsecamente malos. Kant considera que estos preceptos son fundamentalmente negativos, y que constituyen los auténticos *deberes perfectos o de justicia*. Por el contrario, hay otros deberes cuya transgresión, al universalizarla, es decir, al convertirse en máximas, no resultan lógicamente contradictorios, ya que se pueden pensar, pero no se pueden querer sin contradicción; no son lógicamente contradictorios, pero sí éticamente contradictorios. Estos son los *deberes de obligación imperfecta o de beneficencia*.

El deber de no atentar contra la vida, conservándola en caso de que se torne prácticamente irresistible, es el primer ejemplo de deber perfecto que Kant expone. La máxima de quitarse la vida por egoísmo no se puede universalizar y, por tanto, no se puede pensar sin contradicción; luego es intrínsecamente mala y no tiene excepciones. Cabría preguntar a Kant qué sucedería si uno quisiera quitarse la vida no por egoísmo sino por altruismo; por ejemplo, por no ser oneroso a los familiares.

Tras estas reflexiones, la discusión podría marchar en torno a estos puntos, que son interactivos:

- El mantenimiento de la vida a cualquier precio no se identifica con el derecho a la vida y a la dignidad. Y el no mantenimiento no significa eliminación.

- No hay que obsesionarse con la prolongación de la vida. Se debería dar protagonismo al enfermo sobre su vida o su muerte, agotando al máximo el concepto y las consecuencias de la eutanasia pasiva.

- El hombre es para la vida. La vida, a cualquier precio, no es para el hombre. Es necesario salvaguardar el valor de la vida y la dignidad de morir. La vida es un valor y cabría preguntarse si prolongarla disminuyendo la libertad también lo es. Precisamente asumir la muerte es tomarla como un valor ante una situación entendida como inhumana.

- ¿El derecho a la vida es objetivo o subjetivo? ¿Es equivalente a que otros no impidan la vida a otra persona? ¿Significa el derecho autonómico a elegir el momento de mi muerte?

Nuestra sociedad debe aceptar la responsabilidad ante la petición de muerte y del mantenimiento del vivir o del morir con dignidad. Sin responsabilidad social no parece que sea de justicia impedir que alguien pida morir. La única responsabilidad de la medicina no es evitar (luchar contra) la muerte. No es lo mismo no poner los medios para que un proceso de muerte continúe, que inducir muerte. Por ello, hay que buscar alternativas (relacionales) a la petición de muerte directa, de lo contrario se están poniendo límites a la autonomía; el poder público, estableciendo límites legales, estaría infringiendo un derecho si no pone los medios para producir una muerte digna.

Enrique Ferrer

Licenciado en medicina y cirugía por la Universidad Autónoma de Barcelona, especialista en neurocirugía y en neurología.

Es jefe del Servicio de Neurocirugía del Hospital Clínico de Barcelona y director asistencial del Instituto Clínico de Enfermedades del Sistema Nervioso.



Hablar de eutanasia sin haber estado en contacto con pacientes presuntamente candidatos a ella es extremadamente difícil. El médico asistencial se enfrenta a un binomio aparentemente contrapuesto: curar al paciente de enfermedad y preservar su vida, evitando y aliviando el sufrimiento que comporta. Los términos son contrapuestos solamente en aquellos casos en los que la enfermedad genera un sufrimiento extremo en el paciente y la medicina no puede ofrecer una solución al mal que padece el enfermo. En esas situaciones la impotencia del médico es manifiesta, apareciendo un sentimiento de frustración en el profesional que lo lleva a compartir dicho sufrimiento participando con el paciente en cierta medida del problema.

En mi práctica profesional como neurocirujano, tengo contacto con cuatro tipos de pacientes, que requieren cuatro actitudes diversas por parte del médico:

- Paciente en coma profundo próximo a la muerte cerebral. El papel del neurocirujano es muy técnico y consiste en dictaminar si existen criterios técnicos de muerte cerebral con lo que eso representa desde el punto de vista legal.

- Paciente en coma vegetativo prolongado. El neurocirujano tiene una posición más activa al determinar el grado de implicación y utilización de recursos justificados en la atención al paciente, a partir de un determinado daño neurológico.

- Paciente con lesiones cerebrales o medulares irreversibles. El neurocirujano debe preservar y proteger su patrimonio principal en ese momento: la calidad de vida frente a la indicación y práctica de terapias con un coste/beneficio no contrastado por la evidencia científica disponible, en ocasiones incapaces de alterar sensiblemente la historia natural de la enfermedad.

- Paciente afectado por dolor crónico intratable. Normalmente se trata de enfermos irreversibles, ya desahuciados por el médico responsable de la patología principal, que se siente incapaz de controlar el dolor con los medios habituales de que dispone y que, afectando seriamente la calidad de vida del enfermo, acude al neurocirujano en busca de actuaciones quirúrgicas sobre estructuras nerviosas que anulen o alivien el dolor.

Parece poco congruente no establecer unos criterios que clarifiquen un aspecto esencial de la práctica médica, aliviar el dolor, cuando el propio facultativo no es demasiado escrupuloso cuando se trata de otro tipo de pacientes.

Se debería concluir con una visión práctica de la atención médica proporcionada en coste/beneficio y, por supuesto, en riesgo en el paciente desahuciado médicamente o terminal, que huya de posiciones hipócritas y teóricas en uno u otro sentido amparada en una visión basada en una ética estricta o poco caritativa.

DEBATE

Una vez finalizadas las exposiciones de los participantes, el presidente de la Fundación, Antoni Vila Casas invitaba a abrir el debate uniéndose al deseo expresado por María Casado de contribuir a la existencia de un replanteamiento social de la cuestión, a partir de un diálogo colectivo que permita acercar posiciones y congeniar la realidad social con la legislativa.

Sobre el concepto de eutanasia

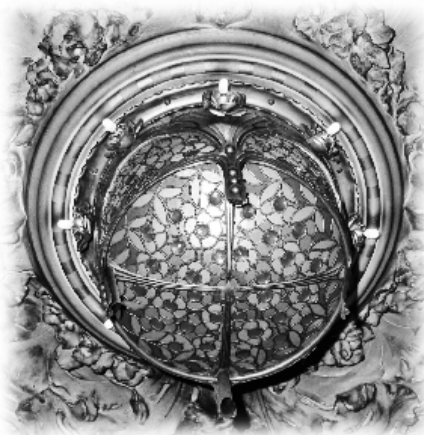
La dimensión moral del término «eutanasia» fue uno de los puntos que generó más disparidad de opiniones y, en varias ocasiones, se apuntó la necesidad de llegar a un consenso, para evitar cruzar argumentos que descansasen en distintos niveles. Así, José Luis de la Serna fue el primero en declarar que la diferencia entre la eutanasia activa y la pasiva carecía de sentido. «Desde el punto de vista moral, no entro en ningún otro juicio ni técnico ni legal, no entiendo la disquisición entre eutanasia pasiva y eutanasia activa o suicidio asistido. Desde ese punto de vista moral, me daría igual dar cianuro a Ramón Sampedro que no ponerle el respirador. No entiendo la diferencia legal de si la eutanasia es pasiva o activa, pues al fin y al cabo es contribuir de una u otra manera a la muerte de una persona.» Pero no todos los presentes estuvieron de acuerdo con este punto de vista. Carlos Alonso veía justificadas las diferencias entre los dos tipos de actuaciones: «A mí no me gustan mucho las distinciones, pero creo que en este caso son importantes; no es lo mismo que a un enfermo se le quite el respirador o que no se le meta en la unidad de cuidados intensivos, que el suicidio voluntario o el suicidio asistido. Son cosas muy diferentes, y si mezclamos esos términos vamos a llegar a situaciones muy complejas y delicadas». De la Serna también

quiso poner de relieve la complejidad de la cuestión haciendo referencia al día a día de los hospitales al distinguir «entre los ‘casos periodísticos’ y la realidad del día a día de todos los hospitales, que es completamente diferente, es decir, afortunadamente no hay tanto Ramón Sampedro. Lo que hay son enfermos terminales de cáncer, abuelitos que estaban bien pero que han ‘cogido’ una neumonía y se han deteriorado muchísimo, etc. Realmente es difícil decidir qué hacer en cada caso: incluso tratándose de un equipo de médicos experimentado, coherente, de sólo cinco o seis personas, casi nunca hay consenso total. Desde fuera es fácil decir que se está haciendo encarnizamiento terapéutico, desde la realidad del día a día es muy difícil». María Casado puntualizó las declaraciones del periodista de *El Mundo*, anotando la necesidad de «diferenciar entre la autonomía del indi-

«Evidentemente, el objetivo de la medicina es curar y proteger al paciente, pero la pregunta es cómo hacerlo... De alguna manera están en cuestión los objetivos de la medicina»

MARÍA CASADO

viduo, que decida hasta dónde quiere y hasta dónde no quiere llegar (que sería eutanasia en un sentido estricto) y la decisión médica en la práctica diaria. Es decir, a veces se habla de eutanasia cuando en realidad de lo que se está hablando es de tratamientos que terminan en un momento dado porque ya no tienen sentido, porque el protocolo establece que ya no es necesario». Y añadió que «en estos casos estamos dando posibilidad de decisión sobre la vida de alguien a terceros (al equipo médico o

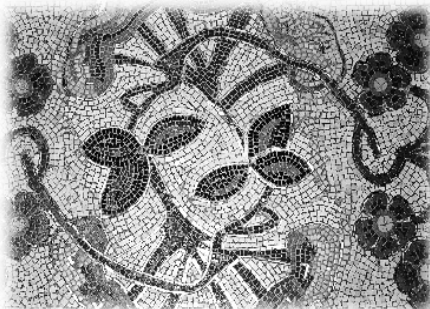


a la familia), entonces ¿por qué no al sujeto? En el fondo, cuando hablamos de decisión médica lo que volvemos a poner en cuestión es el objetivo de la medicina. Evidentemente el objetivo de la medicina es curar y proteger al paciente, pero la pregunta es cómo hacerlo. Últimamente ha habido informes de equipos médicos muy valiosos que lo han discutido. De alguna manera están en cuestión los objetivos de la medicina». Por su parte, Carlos Alonso afirmó que «se genera una confusión que impide un buen planteamiento de la cuestión al identificar eutanasia como sinónimo de derecho al suicidio. Se ha dicho, por ejemplo, que los médicos practican con frecuencia la eutanasia. Yo estaría de acuerdo con esta afirmación si a la palabra eutanasia se le da su sentido propio, pero, si se le da el sentido de suicidio, no creo que muchos médicos estuvieran de acuerdo. La discusión fundamental aquí sería el reconocimiento del derecho al suicidio. En mi opinión, la situación está cada vez más madura para la despenalización, pero no para el reconocimiento. Además, creo que el reconocimiento del derecho al suicidio tiene unas contrapartidas tremendas por parte de la sociedad. Un derecho que no tenga en la retaguardia una obligación por la cual el individuo pueda ejercerlo es papel mojado, no significa prác-

ticamente nada. Si estamos hablando en serio y decimos que el individuo tiene derecho a la petición de suicidio en base al principio de autonomía (aunque creo que estamos utilizando el principio de autonomía de forma incorrecta), tenemos que aceptar por otro lado a alguien que le permita cumplir ese derecho, sino estamos hablando en pura teoría».

¿Hay una excesiva medicalización de la vida?

Otra de las cuestiones que, intermitentemente, destacó en el debate, y que también estuvo sobre la mesa en las exposiciones previas de los ponentes, se refería al papel cada vez más protagonista de la medicina en la sociedad actual en general y en el proceso de muerte en particular. Asimismo se planteó el papel que deberían desempeñar los profesionales de la sanidad en tales situaciones. Así, José María Fernández Rúa se preguntaba «quién tiene que aplicar la eutanasia y por qué se tiene que dar ese papelón al médico. A lo mejor hay que crear un seguro legal que sea el que aplique la droga». Pero, en ese sentido, Salvador Pániker apuntó precisamente que «la cuestión no se puede desmedicalizar, porque el médico es la figura que puede garantizar que no haya abusos, y esto en los Países Bajos se ha visto claro. También es cierto que hoy en día el médico tiene que ser un buen comunicador(...). Cuando yo hablo de autonomía del sujeto me refiero a que el enfermo tiene derecho a que el médico le diga aquel grado de verdad que el enfermo quiere escuchar. Creo que es nefasto, tanto psicológica como terapéuticamente, el sistema americano de 'usted tiene tres meses de vida'. En cada cultura las prácticas médicas son distintas. Aquí en



España, por ejemplo, cuenta mucho la familia y en cambio en otros lugares no. Es decir, cada cultura es cada cultura. No se pueden exportar modelos por las buenas». Gonzalo Casino recogía esta intervención y la utilizaba para proponer a la mesa otra cuestión: «A mí me gustaría ligar esta cuestión sobre el papel del médico en el trance final con una insinuación que el Dr. Miquel Vilardell ha introducido durante su anterior exposición, la de que el médico necesita atenerse a unos protocolos que debieran estar consensuados no sólo por científicos sino también por agentes sociales. La pregunta sería cómo introducir la voz de la sociedad en esos protocolos y en las guías de prácticas clínicas. Precisamente hoy martes 21 de marzo, la revista de la Sociedad Americana de Medicina Interna publica un especial dedicado a la asistencia al suicidio, y se plantea entre otras cosas si debe ser el médico el único agente en estas situaciones». A lo que el Dr. Enrique Ferrer respondía que «quizá no se tiene en cuenta que el médico forma parte de la sociedad, que en su formación y en su práctica tiene un componente absolutamente social. El médico tiene que asumir, y yo creo que de hecho lo asume, que es administrador de la muerte. Otra cosa es institucionalizar el hecho, pero lo que es evidente es que, en su ejercicio profesional, el médico tiene una carga social (como cualquiera de nosotros) que le lleva a una conducta concreta».

Los peligros desde la visión práctica

Rosa Salvador expuso las inquietudes que sentía al abordar el tema con el prisma de la práctica y no desde el de la teoría. «En los últimos meses hemos ido viendo algunas estadísticas escalofrantes que hablaban de la violencia doméstica. Una de cada cuatro mujeres sufre violencia doméstica, una de cada cuatro niñas y uno de cada diez niños padece abusos sexuales en la infancia. Plantearse la realidad de un niño fuera de la familia en la que vive me parece utópico, y plantearse la realidad de una persona que se está muriendo fuera de su familia me parece igual de utópico. Creo que decir que la eutanasia es una decisión entre el paciente y el

«La cuestión de la eutanasia no se puede desmedicalizar, porque el médico es la figura que puede garantizar que no haya abusos»

SALVADOR PÁNIKER

médico es ocultar la realidad. En España, la familia tiene mucho que decir y, al estar la realidad familiar muy lejos de lo utópico, uno se plantea hasta qué punto la eutanasia no será la solución a un conflicto familiar, no estará ocultando, en realidad, la necesidad de más servicios sociales. Mi pregunta es hasta qué punto pueden llevarse a cabo iniciativas para que algunos casos de eutanasia no oculten una falta de atención social por parte de la Administración?». En el entramado de la atención social, Miquel Vilardell afirmó que «una persona clave es el médico de cabecera. Tendríamos que disponer de atención continuada, con lo que el médico podría conocer perfectamente al enfermo y a su entorno, información muy importante y útil ante cualquier decisión de futuro. También se necesitaría la creación de unidades paliativas, no únicamente en los centros hospitalarios sino a un nivel de atención domiciliaria. Es imprescindible disponer de una buena red de atención psíquica, física y social, lo que significa más recursos en este ámbito. En cuanto a la familia, pienso que no tiene nada que decir: en principio, el acto de eutanasia activa es un acto de libertad individual. Es el enfermo, cuando está lúcido, quien debe decidir realmente en ese aspecto, porque la influencia del entorno en situaciones de deterioro familiar realmente es un riesgo importantísimo». «En este tema, incluso teniendo en cuenta las estadísticas, estamos siendo demasiado cautelosos, porque si no quisiéramos que se cometieran abusos no podríamos ni practicar medicina, porque la medicina también se equivoca a veces», replicaba Salvador Pániker. Carlos Alonso también fue escueto en su razonamiento: «como es absolutamente 'no evitable', no podemos evitarlo. Nos

debatimos entre la casuística y los principios». Antoni Vila Casas advirtió del riesgo de someter el debate sobre la eutanasia a la economía sanitaria: «Creo que el médico es el gestor que, en este tema, tiene la capacidad y la visión más objetivas, pero si la eutanasia se vincula al presupuesto sanitario nunca se arreglará ni se legislará, porque esa parte del presupuesto del Estado presumiblemente siempre será deficitaria. Además, si se asocia a un aumento de la asistencia social, el Ministerio de Sanidad y Consumo nunca abordará la eutanasia como presupuesto para sanidad. El tema debe enfocarse como un asunto moral, jurídico, y creo que el testamento vital puede ser la mejor solución a esos problemas».



El testamento vital o la regulación de la voluntad

Uno de los temas que se trató más extensamente fue la conveniencia del testamento vital como herramienta para conseguir la mayor eficacia a la hora de minimizar los riesgos derivados de la práctica de la eutanasia. A la invitación de la periodista Carmen Fernández de que los médicos presentes en la reunión opinaran sobre la regulación de este documento, Enrique Ferrer argumentó que «la protocolización de la voluntad del individuo aclarará y facilitará la conducta a seguir en todas estas circunstancias. Se respetará la libertad individual de quien solicita que le ayudes a morir y esto es muy importante para la conciencia del médico». El filósofo Salvador Pániker quiso hacer una observación al respecto derivada de su comparecencia en el Parlament de Catalunya. En palabras suyas: «Pedí a los diputados catalanes que sobre este tema se votase en conciencia, y nos llevamos grandes sorpresas porque muchos partidos políticos que no sospechábamos votaron a favor del testamento vital. En cambio, esos mismos grupos al definirse sobre la eutanasia activa se mostraron contrarios, indicando que ése era un tema de izquierdas. Y no es un tema de derechas ni de izquierdas, es un tema distinto, ni siquiera es un tema religioso o de agnosticismo». La forma concreta

que tendría que adoptar el testamento vital para optimizar su función fue la cuestión que planteó Àngels Gallardo a los ponentes: «Teniendo en cuenta todos esos trabajos en los que se ve que la persona a lo largo de la vida varía su criterio respecto a lo que atañe a su propia vida y a su propia muerte, ¿un testamento vital tendría que ser algo muy concreto, muy legislado (qué cantidad, quién lo tiene que administrar, etc.) que más o menos es por donde van las leyes ahora, o todo lo contrario: algo muy abierto muy basado en el control y en el sentido común del médico?». Los rasgos básicos de un testamento vital, en opinión de Miquel Vilardell, vendrían definidos «en primer lugar por una buena información. Probablemente nos tienen que enseñar a morir desde niños, es un problema de enseñanza a nivel escolar; en segundo lugar, creo que el testamento vital se refiere a las circunstancias en que uno, desde la plena libertad de decisión, no quiere continuar viviendo».

El planteamiento de Àngels Gallardo también dio paso a la cuestión de la revocabilidad del testamento vital. María Casado expresaba su postura al respecto, «evidentemente, la validez de un testamento vital tiene que prevalecer hasta que la persona no lo revoque, la ley debe establecer que sea siempre objeto de modificación. Pero hay una figura alternativa que se ha explorado poco y es que la persona que quiera to-

mar medidas con respecto a lo que desea y lo que no (que en el fondo sería una prolongación de esa posibilidad que uno tiene de rechazar los tratamientos y que la propia ley de sanidad te da) designe a un tercero, una persona que pueda decidir por él, que sepa qué piensa, que decida por él cuando él ya no pueda. Y esa persona no tiene por qué ser nadie de la familia, puede ser cualquiera que sepa hasta dónde estaría dispuesto a llegar. Para que esto tuviera validez legal, la ley tendría que acogerlo y, por supuesto, establecer todo un sistema que lo garantizara. Si se intentara incentivar este tipo de vías, al menos los ciudadanos veríamos que hay esas alternativas». También Carlos Alonso quiso dar su punto de vista al respecto, advirtiendo del peligro que supone no tomar decisiones aunque éstas puedan ser equivocadas. «Puesto que todo es dialógico, y además la moral nace también dialógicamente, ésta no está en las nubes dictaminada dentro del concepto antiguo de ley natural, sino que dialogando se hace moral... entonces yo creo que sería mejor hacer algo en la línea del testamento vital que no hacer nada. Seguro que nos vamos a equivocar, pero no tomar decisiones, sobre todo en el tema de la moral, es realmente grave. Tomar decisiones es un riesgo que hay que ir asumiendo, porque siempre se puede replantear y reconocer que lo establecido tiene sus fallos».



¿Cuál es el camino político para la toma de decisiones?

¿Cómo se van a introducir cambios en la legislación de la eutanasia? ¿Cuál va a ser la vía por la que se van a plantear las cuestiones sobre este tema en la Administración? En este sentido, el ex ministro de Sanidad y Consumo Ernest Lluch explicó que «el proceso que probablemente seguirá España va a ser parecido al que se está planteando en Francia, donde el Comité Ético sobre Medicina y Biología ha vuelto sobre la cuestión por un hecho concreto: la cuantificación del número de casos de eutanasia que se dan en ese país, que es de unos 2000. No sé si realmente se dan 2000 casos anuales, pero lo cierto es que los medios de comunicación franceses lo

«Hasta que los jueces no tengan en sus manos estos casos de eutanasia no se buscará una salida política»

ERNEST LLUCH

creen y, por tanto, a la larga, la población también lo creará. Cuando se conozcan estos casos, y cada vez se conocen más, el problema será que la justicia no sabrá qué hacer con ellos. Si los jueces al final condenaran a alguien, me

da la impresión que la petición de indulto llegaría hasta el Consejo de Ministros, y es por allí por donde el tema entrará en la vía política (...). A mi entender, hasta que los jueces no tengan en sus manos estos casos de eutanasia no se buscará una salida política. La fórmula sería formar equipos de médicos que diesen su opinión sobre un caso y que esa opinión fuera contrastada con un juez, y entonces intentar encajar ambas posturas. Es decir, potenciar unos mecanismos en los que no se especifique todo mucho, sino que se produzca un encaje entre los médicos y el juez. La dificultad ahora está en el Código Penal, pues se tendrían que revisar algunos tropiezos jurídicos para que queden encajables estas soluciones excepcionales en casos límite (...). Mucha gente tiende a pensar que lo legal es lo moral, y hay que diferenciarlo, hay que tener un código». Pero, en el debate, no todos los ponentes vieron la solución en procedimiento. Por ejemplo, María Casado no encontró totalmente acertada la opción de Lluch, ya que «nuestro sistema jurídico tiene una base más legislativa que judicial, y entonces decir que lo decidan los jueces es un mecanismo con cierto grado de extrañeza; habría que ver cómo se encaja, no es tan fácil. Pero la decisión política hay que tomarla. Por ejemplo, en el caso de los belgas, el Comité de Ética no propuso en su informe una solución unitaria, sino que presentó cuatro

opciones, y dijeron: 'usted es el poder político, usted tiene la representación de la soberanía del país, usted decide' ». Salvador Pániker tampoco se mostró conforme con lo expuesto: «A diferencia del sistema anglosajón, en España la jurisprudencia no es lo habitual. En el tema de la eutanasia se defiende más una cuestión de principios (...). Si hubiese una tipificación de la eutanasia y la gente supiera que, llegado el momento del horror máximo, se puede salir de la vida, disminuirían las peticiones de eutanasia porque se produciría un paradójico efecto tranquilizador. La gente quiere estar segura por si acaso, pero si tiene la seguridad, entonces... cuanto más tarde mejor».

Finalmente, dando por concluido el quinto de los Encuentros Quiral, Antoni Vila Casas manifestó que la intención de la Fundación que preside es precisamente poder extraer conclusiones que contribuyan a fomentar el diálogo social necesario para alcanzar el consenso y la aprobación de una legislación al respecto.

Fundación Vila Casas, 21 de marzo de 2000

Ponentes

Ernest Lluch
Miquel Vilardell
Salvador Pániker
María Casado
Carlos Alonso
Enrique Ferrer
Antoni Vila Casas

Participantes

José M^a Fernández Rúa (*ABC*)
Albert Lladó (*Avui*)
Carmen Fernández (*Diario Médico*)
Débora Hap (*Efe*)
José Luis de la Serna (*El Mundo*)
Gonzalo Casino (*El País*)
Àngels Gallardo (*El Periódico*)
Rosa Salvador (*La Vanguardia*)
Gemma Revuelta (Observatorio de la Comunicación Científica)
Vladimir de Semir (Universidad Pompeu Fabra)
Àngeles Canals
(Fundación Privada Vila Casas)

CONCLUSIONES

Pronunciarse a favor o en contra de la eutanasia no es tarea fácil. Por ello, el debate que ha tenido lugar bajo los auspicios de la Fundación Privada Vila Casas ha logrado su principal objetivo en este tan delicado asunto: contribuir a que la razón y el conocimiento se impliquen en aquellos temas que sobrepasan lo que el lenguaje meramente científico puede alcanzar, añadiendo una dimensión ética o moral a los pronunciamientos.

Ante todo, queremos expresar nuestro deseo de que estas conclusiones no generen alarmas injustificadas. Creemos que la sociedad debería dar un paso al frente y discutir con ánimo sosegado y abierto un tema en el que prefiere no pronunciarse a pesar de no tener una clara conciencia en contra.

Debemos tener clara conciencia de la responsabilidad social ante la petición de eutanasia y ante los individuos que la solicitan, según la cual parece que no se puede obligar a una persona a vivir en unas condiciones que no desea y quizá llegar a admitir, aunque sea con perplejidad, sus deseos como opción de conciencia sin entrar en casuísticas específicas que podrían sesgar la argumentación.

Es muy probable que, una vez creada la conciencia de responsabilidad social ante tales situaciones y superado el individualismo y con ello la soledad en la que se ven sumidas aquellas personas que piden la eutanasia, el número de peticiones de la misma sería mucho menor de lo que creen algunos de sus más fervientes detractores.

Se pueden no tomar decisiones y esperar, pero pensamos que hoy en día la sociedad tiene el deber de buscar soluciones y que la mejor, en este caso y por el momento, sería que el «testamento vital» se reconociera como el documento legal en el que una persona especificase en qué condiciones elige de qué forma no desea vivir.

Esta solución requiere el arbitrio de otras medidas como, por ejemplo, la aprobación de una legislación que contemplara cuáles deben ser esas condiciones y sus límites, para poder cumplir la voluntad del enfermo. Hablamos de enfermo, puesto que esa es una circunstancia que no se debe olvidar cuando nos refiramos a eutanasia.

La petición de eutanasia no deja de ser un acuerdo, un pacto, entre un enfermo y un médico, en una relación (quizás algo más que profesional) que debería contemplar el respeto a la voluntad de la opción libre y de conciencia del ser humano, que es el enfermo, y amparar legalmente (pre o post) la actuación del médico.

