

## ECOS Y COMENTARIOS

### Ricardo de Lorenzo

¿Es una realidad social la necesidad de legalizar la eutanasia?

Este fin de semana como oyente asiduo a una de las cadenas de radio de máxima audiencia, quedaba sorprendido de un debate planteado sobre la base de la declaración de que el 90% de los españoles estaban a favor de la Eutanasia, lo que me hizo recordar la Declaración sobre la Eutanasia de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos, cuando llamaba la atención sobre la necesidad de aclarar los conceptos utilizados a la hora de analizar esta cuestión.



Confusiones terminológicas de la que fue un ejemplo el programa, no ayudan a progresar en una reflexión serena y coherente, tal como la sociedad está demandando, que en mi modesta opinión no es el de la legalización de la eutanasia y en cambio sí existe una realidad social al aseguramiento de la protección de la dignidad de las personas en el proceso final de su vida y la garantía del pleno respeto de su libre voluntad en la toma de decisiones sanitarias que les afecten en dicho proceso.

Francia rechazó hace poco tiempo, antes de comenzar su debate, el proyecto de ley, que pretendía establecer la regulación legislativa de la eutanasia, mediante la revisión de la Ley actualmente en vigor aprobada en 2005, que prohíbe el "encarnizamiento terapéutico", introduciendo un nuevo artículo, autorizando que se detenga el tratamiento cuando lo pida el paciente, facultando la receta de sedantes para paliar el dolor aunque estos puedan acarrear la muerte.

El artículo que inicialmente había sido aprobado por la Comisión de Asuntos Sociales literalmente establecía que, "Toda persona, en fase avanzada o terminal de una enfermedad grave e incurable que le cause un sufrimiento físico o psíquico que le sea insoportable, puede pedir asistencia médica a fin de procurarse una muerte rápida y sin dolor"

El razonamiento planteado por el primer ministro, François Fillon, para explicar su oposición al proyecto recogido en una editorial de Le Monde, puede ser muy significativo y desde luego analizable desde nuestra perspectiva cuando afirma que: "La cuestión consiste en saber si la sociedad está en condiciones de legislar la muerte. Creo que ese límite no debe sobrepasarse. Por otra parte, sé que en este debate ninguna convicción carece de sentido". Y añade: "Nuestra estrategia es clara: desarrollar los cuidados paliativos y evitar un encarnizamiento terapéutico". El primer ministro agrega que el texto le parece precipitado, improvisado, que no ofrece garantías y especifica: "Sobre estas cuestiones tan profundas, con resonancias éticas tan profundas, no nos deben guiar ni los sondeos ni el humor del instante".

En el ámbito del Derecho Sanitario, uno de los valores que, de forma sobresaliente, le otorgan a los seres humanos el estatuto de la dignidad lo representa, sin lugar a dudas, la autonomía del paciente, entendida ésta como la capacidad de autogobierno que le permite al paciente elegir razonadamente en base a una apreciación personal sobre las posibilidades futuras, evaluadas y sustentadas en un sistema propio de valores.

Esta autonomía, no obstante, debe tener como complemento a la libertad dado que nadie puede autogobernarse si se le restringe, coarta, soslaya, limita o impide de alguna manera su ejercicio. Sin embargo, y esto también es importante, la autonomía tiene siempre ante sí la frontera que le impone su relación con otra u otras personas, el no causarles perjuicio.

Esta autonomía ejercida en libertad nos otorga el valioso "don" de elegir personalmente frente a los diferentes y diversos proyectos de vida. La autonomía, entonces, debe facilitarse y garantizarse para todos y, asimismo, como ninguna persona tiene facultades para intervenir de alguna manera en dicha elección, deben establecerse todos aquellos mecanismos necesarios para impedirlo. Y en este sentido tenemos una gran regulación como la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos de información y documentación clínica, norma legal ésta que incorpora a nuestro ordenamiento jurídico las directrices del Convenio del

Consejo de Europa para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano respecto a las aplicaciones de la biología y la medicina, suscrito en Oviedo el 4 de abril de 1997, aunque no es menos cierto que al final se ha ido configurando una normativa dispersa que incluye dentro de su ámbito de aplicación lo que pudiera definirse como “decisiones al final de la vida” (que no se refieren siempre a esta materia pero que guardan una especial conexión con ella como acontece con las instrucciones previas), y de diverso rango, lo que posiblemente necesite de una regulación más homogénea, consensuada e integradora sobre los derechos de la persona ante el proceso final de la vida.

Pero volviendo a la declaración de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos deberíamos recordar conceptos terminológicos como:

**EUTANASIA:** El término eutanasia en su sentido etimológico (buena muerte) prácticamente ha dejado de tener uso social. Se entiende que el significado actual del término eutanasia se refiere a la 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. Cuando se habla de una ley de eutanasia se está hablando de una legislación según la cual no existiría impedimento legal, bajo determinadas condiciones, para esta práctica dentro del ejercicio de la medicina, en contra de lo que ha sido su ética tradicional.

**OBSTINACIÓN MÉDICA (ENSAÑAMIENTO O ENCARNIZAMIENTO):** La Sociedad Española de Cuidados Paliativos entiende por obstinación, ensañamiento o encarnizamiento médico aquellas prácticas médicas con pretensiones diagnósticas o terapéuticas que no benefician realmente al enfermo y le provocan un sufrimiento innecesario, generalmente en ausencia de una adecuada información. Detrás de la obstinación médica se suelen encontrar dos causas principales: el déficit de competencia profesional y la desviación del auténtico fin de la medicina hacia otros intereses que no son los del paciente (científicos, políticos, económicos, sociales, etc.). En cualquier caso nos encontramos ante una conducta que siempre se ha considerado y se sigue considerando como contraria a la ética profesional.

**TRATAMIENTOS PALIATIVOS QUE PUEDEN ACORTAR LA VIDA:**

El objetivo prioritario de los cuidados paliativos es el alivio de los síntomas (entre los que el dolor suele tener un gran protagonismo) que provocan sufrimiento y deterioran la calidad de vida del enfermo en situación terminal. Con este fin se pueden emplear analgésicos o sedantes en la dosis necesaria para alcanzar los objetivos terapéuticos, aunque se pudiera ocasionar indirectamente un adelanto del fallecimiento. El manejo de tratamientos paliativos que puedan acortar la vida está contemplado en el ámbito de la ciencia moral y se considera aceptable de acuerdo con el llamado “principio de doble efecto”. Esta cuestión se encuentra expresamente recogida en los códigos deontológicos de las profesiones sanitarias.

**ELECCIÓN Y RENUNCIA A TRATAMIENTOS:** La persona con una enfermedad grave, probablemente irreversible o de muy difícil curación, puede optar por los tratamientos que en su medio se consideren proporcionados, pudiendo rechazar responsablemente medios excepcionales, desproporcionados o alternativas terapéuticas con probabilidades de éxito dudosas. Esta actitud del paciente debe ser respetada y no puede confundirse con una conducta suicida. Éste es un criterio ético clásico, que viene además recogido en la normativa reguladora de la autonomía del paciente y Código Deontológico.