

Soy mi dignidad
Consideraciones y propuestas sobre la muerte digna
por
Marcelo Palacios

BS. AS. 01/10/2008

ISBN 978-950-20-1879-9

// **JURISPRUDENCIA ARGENTINA**

NÚMERO ESPECIAL

2008 - IV

DIRECTOR **ALEJANDRO P. F. TUZIO**

FASCÍCULO 1

**NÚMERO ESPECIAL
DE BIOÉTICA
X ANIVERSARIO**

COORDINADOR: Pedro F. Hooft

 **AbeledoPerrot**

Soy mi dignidad

Consideraciones y propuestas sobre la muerte digna (*)

Por **Marcelo Palacios** (**)

Son usurpación y atrevimiento no infrecuentes tratar del morir de los enfermos hablando “por ellos” desde nuestra perspectiva de diseño, pero “sin ellos” desde la suya real, ninguneando sin pudor la cuestión principal y los únicos protagonistas del hecho: la persona enferma y su dignidad, convicciones y circunstancias

Presentación

La *persona*, individuo de la especie humana “con las facultades, derechos y responsabilidades que le reconocen las leyes”, es la institución natural imprescindible y fundamento de todo el sistema de convivencia. Sin ella no podrían ser realidad otras instituciones naturales como la sociedad o la familia, o las sobrevenidas y artificiales, como los Estados y los Gobiernos.

En las etapas evolutivas más recientes nos hemos abastecido de *atributos* o *valores* que consideramos específicos de *lo humano*, con la *dignidad* como principal exponente, de la que emanan derechos, libertades y deberes.

La persona tiene *derechos personalísimos* precisamente por ser persona, por su condición de institución natural y por su dignidad. Son derechos y libertades fundamentales previos a los del Estado (derecho positivo, público, político, civil, penal, laboral, administrativo, etc.), “vinculan a todos los poderes públicos”, que deben respetarlos y protegerlos, y están reconocidos en la Declaración Universal de Derechos Humanos (LA 1994-B-1611) (y en otros tratados, pactos y acuerdos internacionales) y en la Constituciones de países que los han ratificado.

La Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea (1) que representará el primer pilar de la Constitución Europea, “afirma una serie de derechos universales inalienables, que los órganos y Estados Miembros de la Unión Europea no pueden limitar, y a los que los individuos no pueden renunciar. *Estos derechos trascienden la ciudadanía, siendo consustanciales a la persona como tal, y existen incluso en el caso de que las leyes nacionales no prevean su protección*; la articulación general de estos derechos es suficiente para permitir que la gente exija que sean traducidos en garantías y procedimientos concretos”.

En consecuencia y por encima de cualquier otra estimación, las personas *somos nuestra dignidad*, a lo largo de toda la *vida* y en su final, que es la *muerte*. Dignidad que el ser humano solo puede hacer efectiva con *libertad*.

(*) En este trabajo se sintetizan los contenidos de mi libro: “Soy mi dignidad: consideraciones y propuestas sobre la eutanasia y el suicidio asistido”, de próxima publicación.

(**) Presidente del Comité científico de la Sociedad Internacional de Bioética (SIBI). Miembro del Comité de Bioética de España.

(1) Diario Oficial de las Comunidades Europeas, 18/12/2000

La dignidad es *la categoría superior* de la persona, valor esencial no transaccional ni necesitado de disertaciones pretenciosas, ante el que resultan superfluas cualquier tentativa moralizante por monopolizarla o los circunloquios ideológicos, confesionales, legales o jurídicos que con tanta frecuencia la adornan o buscan justificarla. De modo que aún sin abordarlas expresamente estas páginas destilan ética y moral, al ser la *dignidad de la persona* -rango ético por ningún otro superable- el argumento nuclear para la demanda de una legislación sobre el derecho a morir dignamente.

De la inexcusable protección de esos derechos y libertades fundamentales se colige que *la persona nunca debe perder* (con los matices a cada situación)

Argumentación

La argumentación sobre la muerte digna parte de ciertas consideraciones:

1. El reconocimiento y protección efectivos de los derechos fundamentales de la persona, con la *dignidad humana* como fuente de la que surgen. Recuérdese:

- La Declaración Universal de los Derechos Humanos:

- “que la libertad, la justicia y la paz en el mundo tienen por base el reconocimiento de la *dignidad intrínseca* y de los *derechos iguales e inalienables* de todos los miembros de la familia humana”.

- “todos los seres humanos nacen *libres e iguales en dignidad y derechos* y, dotados como están de razón y conciencia, deben comportarse fraternalmente los unos con los otros”.

- “*toda persona* tiene todos los derechos y libertades proclamados en esta Declaración, *sin distinción alguna* de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición”.

- “todo individuo tiene derecho a *la vida, a la libertad y a la seguridad* de su persona”.

- “*nadie será sometido* a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes”

- La Constitución Española, que incorpora y hace suyos los Derechos Humanos:

- “Las normas relativas a los derechos fundamentales y a las libertades que la Constitución reconoce, se interpretarán de conformidad con la Declaración Universal de los Derechos Humanos y los Tratados y Acuerdos Internacionales sobre las mismas materias verificados por España”

- “Los Tratados Internacionales válidamente celebrados, una vez publicados oficialmente, formarán parte del ordenamiento interno”. y resalta (Preámbulo) que la Nación española ..proclama su voluntad de “promover el progreso de la cultura y de la economía para *asegurar a todos una digna calidad de vida*” (2)

(2) Queda fuera de toda duda que el derecho a la vida ha de entenderse como el *derecho a la vida digna*, del que es parte el *derecho a una muerte digna* –por ser la muerte consustancial a la vida- tal y como cada persona expresa su dignidad y ejerce su libertad en ese trance, si bien ese derecho a la muerte digna de la gran mayoría de las personas todavía e incomprensiblemente no está reconocido en muchos Estados respecto a la eutanasia y el suicidio asistido que otras personas solicitan, aunque debiera estarlo.

- Y la Convención de Asturias de Bioética (3), vigente en España desde el 1.1.2000:

- “Convencidos de la necesidad de respetar al ser humano no sólo como individuo sino también en su pertenencia a la especie humana, y reconociendo la importancia de la garantizar su *dignidad*

- “Las partes de este Convenio protegerán la *dignidad e identidad* de todo ser humano y garantizarán a toda persona, *sin discriminación*, el respeto de su *integridad* y demás derechos y libertades fundamentales con respecto a las aplicaciones de la biología y de la medicina. Cada parte tomará, en su ordenamiento interno, las medidas necesarias para llevar a cabo lo previsto en este convenio

- “El *interés y el bienestar de ser humano* prevalecerán frente al exclusivo interés de la sociedad o de la ciencia”

- “No podrá llevarse a cabo intervención alguna sobre una persona en materia de salud sin su *consentimiento informado y libre*. Dicha persona recibirá previamente una información adecuada sobre la finalidad y naturaleza de la intervención, así como de sus *consecuencias y riesgos*. La persona afectada, *podrá retirar su consentimiento* en todo momento y con entera libertad”

Esencial en la cogestión de la salud y la enfermedad, el *consentimiento informado* es “la conformidad libre, voluntaria y consciente de una persona (paciente o usuario), manifestada en el pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada, para que tenga lugar una actuación que afecta a su salud”.

- “Deberán tomarse en cuenta los *deseos expresados con anterioridad* por el paciente que, al tiempo de la intervención, no se hallare en estado de expresar su voluntad en orden a una intervención médica”.

2. *Las personas somos nuestra dignidad.*

Y, en consecuencia, cuando defendemos una *vida digna* como aspiración humana para todos, estamos defendiendo inequívocamente la misma *dignidad en la muerte*, su momento final. La vida sin la muerte no es imaginable; entenderlo así conduciría al absurdo teórico de la inmortalidad. La dignidad en la muerte es consustancial a la dignidad de la vida, de modo que si hay un derecho a una vida digna también lo hay a la libertad para elegir la muerte que consideramos digna.

Esto, que debería tenerse por una obviedad respecto a la atención sanitaria a la mayoría de las personas en la enfermedad y el morir, no lo es -a causa de las limitaciones legales- cuando otras personas manifiestan la voluntad de gestionar su enfermedad y su muerte y como afrontarlas según su dignidad y convicciones.

3. *El sufrimiento no es única ni necesariamente dolor físico*

Se tiende a identificar el *sufrimiento* con el *dolor* físico en caso de enfermedad, particularmente las invalidantes, graves o mortales. Es una apreciación parcial que lleva erróneamente a centrar en el dolor –evitable en gran medida gracias a los tratamientos actuales- la razón para solicitar la eutanasia o el suicidio asistido, cuando en general la petición se debe al sufrimiento y su incidencia perturbadora en la dignidad de la persona enferma o lesionada.

(3) Convención para la Protección de los Derechos Humanos y de la Dignidad del Ser Humano con respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina o Convención sobre los Derechos Humanos y la Biomedicina (Consejo de Europa)

Será mas apropiado referirnos al *sufrimiento psicofísico total* causado: a), en parte por el *dolor físico* –que si en ocasiones puede convertirse en la principal preocupación del enfermo terminal, en otras situaciones, como las enfermedades no terminales, o no está presente o no es el síntoma que ocupa la atención o el temor del enfermo, y, b), predominantemente por el *componente psicológico*, afectando con mayor incidencia a las áreas de los sentimientos y las emociones, al ámbito de expresión de la dignidad personal.

4. *La muerte digna desde convicciones distintas*

Todas las personas tenemos derecho a una muerte digna. La petición del cumplimiento de este derecho obedece a convicciones no siempre coincidentes pero igual de dignas, honrosas y legítimas, por lo que en ningún caso debieran ser utilizadas como confrontación de criterios entre los enfermos que las sustentan, ni mucho menos -en una injerencia reprobable- ser interesadamente manejadas por determinados sectores para descalificar las que no comparten arrogándose supuestos morales o ideológicos únicos, y, por ello, intransigentes y sin validez.

5. Los *Testamentos vitales*, sin limitaciones

Cuando una persona, paciente o no, da *instrucciones* sobre cómo desea morir en caso de enfermedad, *las da porque quiere morir y de esa forma* cuando llegue el momento en que las instrucciones hayan de cumplirse y no esté en condiciones de psíquicas de hacerlo por sí misma. Sin embargo, por lo establecido en los Documentos de Instrucciones previas u otros procedimientos de manifestación de la voluntad del paciente (ante testigos, notario o juez) este no siempre podrá ver satisfecha su voluntad y los médicos estarán impotentes para hacerla cumplir, lo que supone una frustración a la dignidad y un freno a la libertad de los pacientes, así como la evidencia de un *vacío legal* que hay que corregir para que los médicos y/o cooperadores que les asistan no incurran en ilegalidad, a lo que contribuyo con propuestas legislativas concretas.

La vida

La *vida* de las personas tiene dos vertientes inseparables:

a) La *vida biológica*, el ser morfológico-funcional (el cuerpo humano viviente) sigue el proceso denominado desarrollo, que, iniciado en la fase embrionaria, continúa con la gestación, el nacimiento y las sucesivas etapas posteriores (niñez, juventud, madurez, envejecimiento y ancianidad) y termina con la muerte, después de pasar por todas o parte de las fases vitales citadas..

b) La *vida histórica* (o "biográfica", según James Rachel), lo mental, espiritual, cultural y propio de cada uno de los individuos de nuestra especie.

La *muerte biológica* y la *muerte histórica* no siempre coinciden. Puede ser el caso del paciente no terminal, con invalidez y dependencia total de otros para quien "la vida carece de sentido" y se considera una *persona terminada* sin nada que portar a su historia y a la de la sociedad, aunque su vida biológica se mantenga.

Con demasiada frecuencia se olvida o soslaya que la expresión *derecho de todos a la vida* implica inequívocamente *el derecho de cada persona a su propia vida* (del principio a su final) y a administrarla y desarrollarla él mismo como persona autónoma, no el de los demás a decidir unilateralmente sobre ella. En suma, a protegérsela, si, pero en ningún caso a gestionársela hasta el punto que otros (la Sociedad, el Estado) se pretendan sus propietarios.

Sobre los Derechos fundamentales

Los derechos fundamentales humanos tienen sus límites, *no son absolutos*, incluido el derecho a la vida.

De la Declaración Universal, la Convención para la Salvaguardia de los Derechos del Hombre y de las Libertades Fundamentales, y la Convención de Asturias de Bioética, se extraen las excepciones en que se reconoce el valor relativo de la vida. Partiendo del aserto “La muerte no puede ser infligida arbitrariamente ni intencionalmente”, sirvan como ejemplos de muerte infligida a otro/s exenta de responsabilidad legal para quien/es la ocasiona/n:

- El estado de necesidad, que justifique como absolutamente necesario el recurso a la fuerza: en legítima defensa, defensa propia, etc.; para asegurar la defensa de cualquier persona contra la violencia ilegal: para efectuar la detención legal o para impedir la evasión de persona detenida para proteger el orden público o reprimir, de conformidad con la ley, una revuelta o insurrección; la pena de muerte es legal en algunos países, en ejecución de una sentencia de pena capital pronunciada por un tribunal en el caso en que el delito está castigado por la ley.

- En España “quedó abolida la pena de muerte”, si bien, “salvo lo que puedan disponer las leyes militares para tiempos de guerra” (art. 15 de la Constitución).

- Algunos países (Holanda y Bélgica, por ejemplo) tienen legalizada la eutanasia y/o el suicidio asistido.

- Del modelo de Testamento Vital propuesto por la Conferencia Episcopal Española (26 Diciembre de 2004) se recoge: “Considero *que la vida* en este mundo es un don y una bendición de Dios, pero *no es el valor supremo absoluto*”

El morir y la muerte

El morir y la muerte no se diseñan en un despacho. Como médico que asistió a muchos enfermos y moribundos de algún modo he vivido su sufrimiento, aunque era *su* sufrimiento y *su* muerte, no los míos. La conducta de cada persona ante la muerte como hecho inevitable, a veces inmediato, se manifiesta en situaciones y fases diferentes condicionadas por circunstancias varias.

a) Las reacciones del *enfermo terminal* a la muerte inminente pueden cursar por distintas etapas o formas más o menos imbricadas y alternantes, cuya descripción escapa a la extensión y fines de este trabajo.

b) Situación y circunstancias diferentes son:

- Las del *enfermo no terminal* que padece una enfermedad o secuela de una grave lesión con parálisis, Se mantiene lúcido pero es completamente dependiente de otros, y, está generalmente postrado en cama cada segundo, cada minuto, cada hora de su existencia. Parte de esas personas aceptan mas o menos resignadamente la situación y encuentran en si mismas y en el entorno que las acompaña motivaciones para seguir viviendo hasta el final. Para otras, desde convicciones distintas, con el paso del tiempo la vida en esas circunstancias de honda soledad, amargura y desesperanza es una cárcel biológica indigna de ser vivida, se consideran *persona terminada* y desean la muerte, que solicitan como una liberación y una restitución de su dignidad y autoestima.

- Las de pacientes con patologías mentales como las *demencias* u otras semejantes que reducen o perturban progresivamente (a veces a lo largo de años) la capacidad cognitiva, hasta anularla.

- Pacientes sin reacción ni vivenciación de la muerte por hallarse en estado de *coma* (periodos más o menos largos de obnubilación; o en *estado vegetativo*)

persistente, EVP), o bajo los efectos de la sedación en la agonía o terminal, profunda.

- Pacientes con reacción limitada por efectos de la sedación paliativa, parcial.

El Testamento vital

Enfermos o no, a lo largo de la vida podemos reflexionar sobre la enfermedad y el morir. En España la Ley 41/2002 básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, establece en su artículo 11. "Instrucciones Previas":

-Por el *documento de instrucciones previas*, una persona mayor de edad, capaz y libre, manifiesta anticipadamente su voluntad, con objeto de que ésta se cumpla en el momento en que llegue a situaciones en cuyas circunstancias no sea capaz de expresarlos personalmente, sobre los cuidados y el tratamiento de su salud o, una vez llegado el fallecimiento, sobre el *destino de su cuerpo o de los órganos* del mismo. El otorgante del documento puede designar, además, *un representante* para que, llegado el caso, sirva como interlocutor suyo con el médico o el equipo sanitario para procurar el cumplimiento de las instrucciones previas.

-Las instrucciones previas *podrán revocarse* libremente en cualquier momento dejando constancia por escrito.

El Real Decreto 124/2007, regula el Registro nacional de instrucciones previas y el correspondiente fichero automatizado de datos de carácter personal.

En todo el territorio español se ha ido adoptando Normas en las que se regulan el Testamento vital (Instrucciones previas, Voluntades anticipadas, Testamento vital, etc.), y el Registro correspondiente

Los Testamentos Vitales:

1. *Son un avance importante* por dos razones principales: a), suponen una ganancia en el respeto de los derechos de las personas, en concreto en lo relativo al cumplimiento efectivo de la libre voluntad expresada por los pacientes para situaciones determinadas (no todas); y b), estimulan a la deliberación sobre los modos de enfocar la enfermedad y la muerte según las propias convicciones, y concretamente sobre el suicidio asistido y la eutanasia.

2. *Son un avance insuficiente*, pues su cumplimiento no está exento de inconvenientes para algunos pacientes que los han formalizado y para los médicos que los tratan y habrían de cumplir sus instrucciones previas.

En la ley 41/2002 y el real decreto 124/2007 de la normativa española se reflejan, en consecuencia, los contenidos que limitan su aplicación y las contradicciones que en algunos se observan.

a) Por un lado, la ley 41/02 es categórica (y por analogía, las normas de las Comunidades Autónomas sobre Testamentos vitales). Así, como ejemplos, en su artículo 1: "La presente Ley tiene por objeto la regulación de los *derechos y obligaciones de los pacientes, usuarios y profesionales*, así como de los centros y servicios sanitarios, públicos y privados, en materia de *autonomía del paciente* y de *información* y documentación clínica"; y se establece en el artículo 2: "*La dignidad de la persona humana, el respeto a la autonomía de su voluntad...*"

b) Por otro lado, dicha ley muestra su carácter limitativo con imposibilidad concreta de cumplimiento de la voluntad del paciente, pues determina que "*no serán aplicadas* las instrucciones previas contrarias al ordenamiento jurídico o a la *lex artis*"

Eutanasia y suicidio asistido

La *deliberación objetiva* sobre la eutanasia y el suicidio asistido tiene en cuenta:

- Que *el fundamento legitimador* de la eutanasia y el suicidio asistido es la *dignidad* de la persona enferma, y, derivada de ella, *su libertad* para poder decidir por si misma.

- Que *lo que mata a un enfermo terminal es su enfermedad*.

- Que *lo que verdaderamente mata a un paciente terminado que solicita el suicidio asistido es el sufrimiento prolongado y sin expectativas de malvivir su cuerpo inútil*.

- La necesidad de *evitar la confusión terminológica* y llamar a la eutanasia por lo que es, rechazando definiciones impropias (activa, pasiva, adistanasia, ortotanasia, cacotanasia, por ejemplo).

- La necesidad de *definir al suicidio asistido*, diferente de la eutanasia.

- Que la eutanasia y el suicidio asistido se realizan con el *consentimiento* del paciente, a petición suya de forma libre y reiterada, con plena capacidad para decidir y como expresión de sus convicciones y voluntad (directamente o en instrucciones previas escritas o verbales), personalidad y propia imagen. Así que *nunca serán muertes arbitrarias* causadas por intenciones inconfesables.

- Que *no es ético* asegurar que con la eutanasia y el suicidio asistido "se quita la vida a una persona", afirmación perversa que no se corresponde con la realidad e induce a su condena. *Matar* a una persona contra su deseo y *ayudar a morir* a un moribundo o persona terminada a su petición libre son actos diametralmente distintos desde perspectivas éticas, y debieran serlo desde las legales y jurídicas.

- Que no es procedente argumentar sobre la eutanasia y el suicidio asistido con el *pensamiento y la opinión cautivos*, sea por descargas emocionales o por la comodidad y/o intereses del entorno social, ideológico o confesional.

- Que ante el hecho de la muerte el único *protagonista real*, el único *que vivencia el morir* es el paciente, alguien a quien no se le pidió opinión para nacer y a quien no se le debe negar cómo quiere morir.

La eutanasia y el suicidio asistido expresan con autenticidad la voluntad libre del enfermo y la responsabilidad del médico por llevarlos a cabo en un ámbito intelectual de *decisiones éticas compartidas*. Y considero que en la Bioética no hay ejemplos tan elevados de comprensión, humanismo y solidaridad.

Eutanasia

La *eutanasia* consiste en "ayudar a morir conforme a su dignidad y sin sufrimiento a un enfermo incurable, en fase terminal e irreversible, si lo ha pedido reiteradamente, en uso pleno de razón y de forma libre y voluntaria".

Es de todo punto deseable establecer con claridad *qué no* es la eutanasia:

1) *No* es el homicidio (imprudente o no) (art. 138, Código Penal)

2) *No* es el asesinato (art. 139, Código Penal)

3) *No* es el suicidio, acto con el que una persona decide y se causa voluntariamente su propia muerte

4) *No* es el suicidio asistido, cuando una persona (que no es un enfermo terminal) pide a otro/s que le cause/n la muerte, en general con medios técnicos (fármacos, drogas, etc.). (art. 143, Código Penal)

5) *No* es que la persona enferma rehuse o se niegue a un tratamiento médico, aunque su negativa a recibirlo le lleve anticipadamente a la muerte, amparado

en la ley 41/02 básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica (art. 2):

6) *No es la erróneamente denominada "eutanasia pasiva" o "por omisión" (retirar un tratamiento).*

Cuando un médico/s no considera/n indicado clínicamente someter a un enfermo terminal irreversible a un tratamiento inútil, por entender que no hay expectativas de mejora o curación y las medidas para mantenerlo vivo a toda costa conducirían al *ensañamiento o encarnizamiento terapéutico*, está/n cumpliendo con su deber profesional. Tal proceder no es omisión negligente, arbitraria o torvamente intencionada, un "dejar morir" por intereses reprobables y penalizables, sino una acción fundamentada científicamente que forma parte del correcto quehacer (la buena praxis) y la responsabilidad del médico, y se lleva a cabo a diario en todo el mundo.

7) *No es la también erróneamente denominada "eutanasia activa indirecta" o "la aplicación médica de medios que libren a un paciente terminal del dolor insufrible y le permitan en muchos casos permanecer consciente de su realidad y de su entorno, aunque pueda con ello acortarse la duración de su precaria vida y su ya inevitable e inminente muerte" pues tal proceder cae de lleno dentro de los cuidados paliativos de la medicina, y, como en el caso anterior, encaja legítima y éticamente en las actuaciones médicas habituales en estas circunstancias (Por otra parte mantener esta definición nos llevaría al absurdo de denominar a las Unidades o Centros de Cuidados Paliativos como Unidades o Centros de eutanasia activa indirecta)*

8) *No son las incorrectamente denominadas "eutanasia por piedad" (mercy killing), "eutanasia prenatal", "cacotanasia", "adistanasia", "ortotanasia", etc*

Suicidio asistido

La tarea -formación, actividad, participación, y contribución- hace de la vida humana una existencia real, una toma de consciencia del ser y del convivir.

Persona terminada es "la persona (en estado de consciencia o inconsciencia) que padece una lesión o *enfermedad no terminal* de carácter irreversible, con grave invalidez y dependencia prolongada de otros, o la persona con una enfermedad irreversible y gradualmente deteriorante de las esferas física y cognitiva, situaciones en que ambas personas consideran que una vida así carece de sentido y es peor que la muerte, que prefieren y piden".

Está fuera de dudas que lo que mata a un *enfermo terminal* es su enfermedad, y lo hace a corto plazo, con una expectativa máxima de vida de 6 meses. En cambio, a una *persona terminada* su *enfermedad no terminal* no la mata de inmediato sino a medio o largo plazo -puede vivir bastantes años en esas condiciones y penando con su empeoramiento progresivo -, arrastrando su vida en un cuerpo inútil a la que no le da sentido y a la que no se le puede forzar a vivir. Es un sufrimiento de honda soledad y desesperación esencialmente psíquico, moral, que daña su dignidad y libertad más que cualquier dolor físico.

De interés a los efectos de la materia expuesta aquí, en cuanto a las enfermedades o lesiones, puede tratarse de:

a) Enfermos o lesionados *no terminales*, en *coma* o *estado vegetativo persistente* (EVP) con ausencia cognitiva, *inconsciencia* que les impide comunicarse, invalidez extrema y dependencia total de la asistencia médica y cuidados de otras personas, abolición de reflejos para respirar, tragar agua o alimentos o controlar las necesidades fisiológicas diarias, expuestos a lesiones de la piel y teji-

dos, a infecciones, etc., situación que habrían estimado inhumana y degradante, contraria a su dignidad y que no merece ser vivida.

b) Enfermos o lesionados *no terminales*, *conscientes*, con invalidez física extrema (ejemplo: por lesión medular con tetraplegia o cuadriplegia) y dependencia total de otros, a veces durante desesperantes y largos años, situación que sufren como una tortura moral insoportable y degradante, porque para ellos la muerte es mejor que “su vida sin dignidad” y no merece ser vivida.

c) Enfermos no terminales *con pérdida cognitiva* creciente que en situaciones como las que causan ciertas *demencias* o *procesos involutivos*, también consideran la muerte más deseable que el vivir que la enfermedad les deparará.

En la *demencia* incurable e irreversible el enfermo padece un deterioro cognitivo que cursa con variable rapidez y pérdida progresiva de las capacidades intelectuales (raciocinio, memoria, comunicación, comprensión, orientación, lenguaje, expresión) y repercute en todas sus áreas (familiar, trabajo, social) y actividades personales por déficit de autonomía, incapacidad para ingerir alimentos o bebidas, asearse, vestirse o controlar otras funciones fisiológicas y dependencia cada vez mayor de otros (familia, cuidadores, médicos) que llega a ser total hasta que se produce la muerte.

Si una persona en esas condiciones expresa o ha expresado su voluntad morir, es inhumano que tenga que hacerlo de manera furtiva, oculta, incluso que sea asistida en la muerte por alguien inexperto que no sepa tratar debidamente su agonía. Y escapa a todo sentimiento y razón que quien ayudó al enfermo a morir, médico o no (retirándole el respirador, etc.) lo haga bajo la amenaza de la ley, como un delincuente.

El *suicidio asistido* consiste en “ayudar a morir conforme a su dignidad y sin sufrimiento a una persona lesionada o enferma *no terminal* con grave invalidez y dependencia total de otros, o una persona que por su enfermedad y evolución previsible se considera una persona terminada, si lo han pedido reiteradamente, en uso pleno de su razón y de forma libre y voluntaria”.

• **Bioética y muerte digna**

La Bioética *no puede permanecer neutral* respecto de la eutanasia y el suicidio asistido.

Con la dignidad de la persona como núcleo argumental de un debate público y parlamentario, en los que, para no viciar las reflexiones y la norma a adoptar, hay que establecer adecuadamente la definición de la eutanasia y el suicidio asistido y dejar claros los requisitos exigibles para su realización a fin de evitarlos abusos, huyendo de apriorismos acomodados o territorios morales concretos que ni atañen al núcleo de la cuestión –los derechos fundamentales de las personas– ni tienen por qué ser compartidos (el *derecho de todos a la integridad moral* está reconocido en la Constitución Española, art. 15) en las sociedades plurales, democráticas y en las que históricamente conviven las distintas tradiciones confesionales.

Se plantea entonces:

- ¿Debe el Estado proteger tan rigurosamente *el vivir el morir* de un enfermo terminal o terminado que reitera su voluntad de morir, por considerarse obligado a mantenerlo en vida el mayor tiempo posible?. ¿O debe respetar la libre voluntad de los enfermos terminales y terminados que razonan y manifiestan repetidamente su deseo de morir conforme a su dignidad, limitándose el Estado a

velar por el escrupuloso cumplimiento de determinados requisitos y ejerciendo el oportuno control para que no se cometan abusos?.

- ¿Se extralimita el Estado al penalizar la muerte digna pedida por el paciente -no arbitraria, alevosa o unilateral- y sin conflictos para los implicados en acordarla, para con terceros ni con la sociedad?.

Hay que concluir (texto en cursiva de la Sentencia sobre Nancy Beth Cruzan, EE.UU., a la que se le retiró la asistencia técnica tras siete años en coma profundo; ver a seguido) “que el Estado se excede desproporcionadamente en la defensa de la Vida en abstracto al trasladar a ultranza esa defensa a la penosa situación de un enfermo terminal que no desea sufrir su morir, para quien la existencia en sus circunstancias carece del menor valor y el tiempo ha dejado de contar. Y que al conducir su celo protector por derroteros tan rígidos e insolidarios los Estados yerran de cruzada; pues mejor harían en desplegar tanto énfasis aplicándose a evitar las guerras, la pobreza, el hambre, las enfermedades fácilmente evitables o la violencia que tantas muertes ocasionan, y en las que su cuota parte de responsabilidad -de uno u otro modo- no puede ocultarse”.

Eutanasia

- En la Sentencia C-239/97 de 20.5.1997 de la Corte Constitucional de Colombia a favor de practicar la eutanasia por un médico a una enferma terminal de cáncer, se expresa: “El deber del Estado de proteger la vida debe ser compatible con el respeto a la dignidad humana y al libre desarrollo de la personalidad. Por ello la Corte considera que frente a los enfermos terminales que experimentan intensos sufrimientos, este deber estatal cede frente al consentimiento informado del paciente que desea morir en forma digna”.

Sigue la Corte Constitucional: “si un enfermo terminal que se encuentra en las condiciones objetivas que plantea el artículo 326 del Código Penal considera que su vida debe concluir, porque la juzga incompatible con su dignidad, puede proceder en consecuencia, en ejercicio de su libertad, sin que el Estado esté habilitado para oponerse a su designio, ni impedir, a través de la prohibición o de la sanción, que un tercero le ayude a hacer uso de su opción. No se trata de restarle importancia al deber del Estado de proteger la vida sino, como ya se ha señalado, de reconocer que esta obligación no se traduce en la preservación de la vida sólo como hecho biológico....No sobra recordar que el consentimiento del sujeto pasivo debe ser libre, manifestado inequívocamente por una persona con capacidad de comprender la situación en que se encuentra. Es decir, el consentimiento implica que la persona posee información seria y fiable acerca de su enfermedad y de las opciones terapéuticas y su pronóstico, y cuenta con la capacidad intelectual suficiente para tomar la decisión”.

La Corte Constitucional colombiana resolvió:

Segundo: “Exhortar al Congreso para que en el tiempo más breve posible, y conforme a los principios constitucionales y a elementales consideraciones de humanidad, regule el tema de la muerte digna”

(La Profesora María Luz Restrepo de la Universidad de Antioquia me facilitó hace tiempo esta Sentencia completa, que le agradezco de nuevo)

- El 17.5.02 el Parlamento de Bélgica *aprobó la ley* que autoriza la eutanasia ratificando la aprobación que ya había hecho el Senado el 25.10.2001 una vez dio previamente el visto bueno el Consejo de Estado *al considerar que el proyecto de ley no estaba en contradicción con el derecho de cada persona a la vida*, aludiendo a la Convención Europea de Derechos Humanos y al Pacto Internacional sobre Derechos Civiles para dictaminar *que no existe ninguna obligación*

del Estado de proteger en toda circunstancia la vida de una persona contra su voluntad.

Suicidio asistido

- En EEUU., el 17 de abril de 1975 Karen Anne Quinlan, de 21 años, perdió el conocimiento en una fiesta de cumpleaños y emancipación del domicilio familiar. Entró en coma profundo (con respiración asistida de 1975 a 1976), estado vegetativo con encefalograma casi plano, y en el hospital donde ingresó se le aplicó respiración artificial. El Tribunal Supremo del Estado de Nueva Jersey, que el 30.3.76, por unanimidad de los 7 jueces, autoriza desconectar el respirador a Karen y *que pueda morir en paz y dignidad*. Manifiestan: “no dudar que ningún interés estatal (de la sociedad) puede obligar a Karen a soportar lo insoportable, a vegetar unos pocos meses sin una posibilidad realista de regresar a una vida cognoscitiva; no tener la menor duda que si en esas desdichadas circunstancias Karen recobrase el conocimiento milagrosamente, y comprendiera su situación irreversible decidiría que le retiraran los aparatos, incluso aunque ello supusiera la eventualidad de su muerte natural”; afirmando “nos encontramos ante un punto en el que los derechos del individuo están por encima de los intereses del Estado; las normas y costumbres médicas tradicionales, si son impedimento para poder asistir al peticionario no son ni consistentes ni racionales. Y concluyen que no se producirá un homicidio criminal en las circunstancias de este caso; la muerte subsiguiente no será un homicidio criminal en las circunstancias de este caso. La muerte subsiguiente no será un homicidio, sino la expiración de las causas naturales existentes”.

- Según la Sentencia “Missouri contra Cruzan” de 14.12.90 del Tribunal Supremo de los Estados Unidos de América en el caso “Nancy Beth Cruzan”, EE.UU., en estado vegetativo persistente desde 1983 a 1990 tras accidente de coche, en que se le retiró la asistencia técnica “el Estado se excede desproporcionadamente en la defensa de la Vida en abstracto al trasladar a ultranza esa defensa a la penosa situación de un enfermo terminal que no desea sufrir su morir, para quien la existencia en sus circunstancias carece del menor valor y el tiempo ha dejado de contar. Y que al conducir su celo protector por derroteros tan rígidos e insolidarios los Estados yerran de cruzada”.... Se rechazó “que el Estado sea garante de la vida de Nancy si no era ese su deseo, ya que no existe ningún interés general legítimo de mantenimiento de la vida que pueda prevalecer sobre el de la propia persona; por encomiable que sea el interés del Estado hacia la vida humana no puede fomentarlo apropiándose de la vida de Nancy Cruzan como símbolo para sus propios fines; y que las vidas no existen con abstracción de las personas, y pretender lo contrario no es honrar la responsabilidad del Estado, sino profanarla; cualquier Estado que quiera demostrar su compromiso para con la vida puede hacerlo ayudando a quienes luchan activamente por la vida y la salud; para este propósito, por desgracia, nunca le faltarán oportunidades sin que haga falta el pretender ejemplarizar con casos trágicos como el de Nancy Cruzan”.

(Entrecomillado de los casos Quinlan y Cruzan, con autorización de la Profesora María Casado, que agradezco. Ver al final, Aportaciones)

Rechazo y/o suspensión del tratamiento

La negativa a recibir un tratamiento está amparada por la ley (en España y otros países), y la retirada del tratamiento por parte de médico/equipo médico para no incurrir en ensañamiento entra dentro de la buena práctica profesional.

- La jueza Elizabeth Butler Schloss del Tribunal Superior de Londres “reconoció en 2002 en el caso de la llamada Señorita B, el *derecho de los pacientes a*

rechazar un tratamiento médico, aunque le produzca la muerte: en las circunstancias de la Señorita B consideró *que los pacientes creen que la vida es peor que la muerte*, y autorizó la petición de la paciente para *permitirla morir en paz y dignidad*, que falleció después que se le retirara el respirador.

Enfoque de la argumentación

1. La dignidad es el considerando único y definitorio para atender la petición de eutanasia o el suicidio asistido del paciente.

2. Recordemos:

La *Declaración Universal de Derechos Humanos*: “En el ejercicio de sus derechos y en el disfrute de sus libertades, toda persona estará solamente sujeta a las limitaciones establecidas por la ley con el único fin de asegurar el reconocimiento y respeto de los derechos y libertades de los demás, y que se satisfagan las justas exigencias de la moral, el orden público y el bienestar general de la sociedad democrática” (art. 29). Y, “Nadie será sometido a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes” (art. 5)

Analizando los apartados previos, es obvio:

- que la eutanasia y el suicidio asistido no entran en conflicto con “asegurar el reconocimiento y respeto de los derechos y libertades de los demás”; muy al contrario, son actuaciones que los refuerza en tanto que sitúa en cada persona y hace recíprocos esos reconocimiento y respeto.

- que, con independencia de la abstracción del aserto “satisfacer las justas exigencias de la moral”, la relatividad de los conceptos morales en el mundo actual hace de la moralidad individual un reducto íntimo inviolable, y, por otra parte, cívicamente compatible y considerado con otras formas de interpretación moral que puedan no ser compartidas.

- que la eutanasia y el suicidio asistido de ningún modo impiden que “se satisfagan las justas exigencias del orden público”, a no ser que se quiera dar a entender que el orden público puede ser alterado por grupos de presión de territorios morales opuestos, lo que, además de una majadería sería una ofensa para el Estado, la Constitución y la inteligencia de los ciudadanos.

- que en la práctica de la eutanasia y el suicidio asistido no hay nada contrario a que “se satisfaga el bienestar general”; en primer lugar, porque el bienestar general no puede entenderse sin el bienestar de todos y cada uno de los ciudadanos, y el bienestar de las personas que solicitan la eutanasia o el suicidio asistido está precisamente en que ambas se autoricen para que esas personas puedan morir dignamente como desean, sin sufrimiento y a tenor de su libertad; además, y aunque resulte incomodo constatarlo, la prolongación de la vida que no desean esos enfermos puede suponer un gasto público añadido, que por adición, se detrae del logro del bienestar general; y finalmente, porque según se establece en la Convención de Asturias de Bioética sobre los Derechos Humanos y la Biomedicina ratificada por el Gobierno español: “el interés y el bienestar del ser humano han de prevalecer sobre el de la sociedad y la ciencia” (art. 1).

- en cuanto a “la sociedad democrática”, ésta será democrática en plenitud cuando se satisfagan y se hagan realmente efectivos los derechos y libertades fundamentales de las personas, entre ellos el derecho a elegir libremente un digno final de la vida.

- que el enfermo solicitante de la eutanasia o la muerte asistida conoce *los riesgos y consecuencias*, pero considera a la muerte solicitada no como un riesgo o consecuencia indeseada sino *como una liberación y expresión de su dignidad* y una reafirmación de su personalidad; en suma, no ayudarle a tomar decisiones de

acuerdo con su propia y libre voluntad y negar legalmente esta opción atenta contra su dignidad y autonomía.

- que mantener en vida prolongadamente y contra la voluntad de una persona con una enfermedad o lesión que la inmoviliza y le hace completamente dependiente, y que a sí misma se considera una persona terminada, además de ser un acto cruel, inhumano y degradante, que atenta a su dignidad y bienestar, es un incumplimiento de la ley por parte de los médicos que indicaron el tratamiento y cuyo deber profesional es retirárselo cuando lo pida informando de sus riesgos y consecuencias. En caso contrario estaríamos ante un encarnizamiento o *ensañamiento profesional y social*.

- que mantener en vida prolongadamente y contra su voluntad a una persona enferma que no está en las circunstancias del enfermo descrito en el párrafo precedente, pero que por las características y efectos de su enfermedad se considera a sí misma una *persona terminada*, merece los mismos calificativos de crueldad y ensañamiento social que en el caso anterior.

La despenalización de la eutanasia y el suicidio asistido exige:

1º) Ponderar los *valores en juego*.

En éste sentido hemos de volver a los valores *vida* (como existir biológico e histórico) y *dignidad* (como valor inherente e inviolable de la persona humana), y consecuentemente, a la *libertad* o autonomía, etc. No se duda que la vida debe ser protegida por el Estado (y, por lo tanto, que nadie tiene derecho a atentar contra la de otro *arbitrariamente ni de forma intencionada*), pero no es menos cierto que las circunstancias de cada caso son condicionantes.

2º) Ponderar las *razones*.

La eutanasia a un *enfermo terminal* o el suicidio asistido a un enfermo o lesionado *no terminal* se realizan con estricta sujeción a los requisitos incluidos en su definición.

3º) Ponderar la *intención*

La intención del enfermo terminal o terminado ya no es conocida: cerrar con dignidad y libremente su vida. La intención de quien ayuda directamente a la muerte de ambos no es acabar dolosa y *arbitrariamente* con su vida ni tiene móviles oscuros u obtener beneficios o ventajas con ello, sino ayudar a morir al enfermo. Por lo tanto, la eutanasia y la muerte asistida no se realizan en interés de quienes la practican, el único interés presente es el del paciente por dejar de padecer como él, personalmente, elige.

4º) Establecer las *garantías* contra los abusos y el delito:

a) Respeto escrupulosos de los requisitos para la *eutanasia*:

b) Respeto escrupuloso de los requisitos para el *suicidio asistido*:

-Que se cuente con la petición y el consentimiento del paciente

-Testamento vital o autorización previa, declaración ante Notario, decisión conocida y compartida (por atinente) por terceras personas, sea otro médico, un Comité de ética o testigos fiables.

5) Establecer *exigencias de particular garantía* en; a), *envejecimiento involutivo* o involución senil, al que con frecuencia acompaña un estado de *deterioro o pérdida irreversible de la consciencia*, b), las *taras, enfermedades o malformaciones* hereditarias o congénitas (parálisis cerebral, idiocia, etc.) que conducen a la inviabilidad o a la muerte, o conllevan incapacidad para consentir, c), los *efectos terapéuticos* (medicación, anestesia, etc.) En tales o similares circunstancias, o se cuenta con las debidas y constatadas garantías de que la libre voluntad de

la persona era que se le practicare la eutanasia o la muerte asistida, o estas no deberán realizarse bajo ningún concepto.

La voluntad libre y reiterada del paciente, como ya se expuso

a) debe estar recogida como:

-Documento de *Instrucciones Previas, Voluntad anticipada escrita*, etc., en suma, como *Testamento vital*, libremente otorgado y anulable o renovable.

-*Voluntad manifiesta verbal*, actual o previa, expresada ante testigos neutrales y fiables.

-*Otorgamiento o apoderamiento ante el fiscal, juez o notario*

b) la *intervención judicial* es inexcusable y receptiva en casos especiales y de particular vulnerabilidad (ancianos involutivos, incapaces jurídicos, etc.)

Cuando hayan de decidir terceros (padres o representantes legales), las rigurosas garantías de que se respeta la libre voluntad del paciente tienen la misma o mayor vigencia.

6. Establecer *quién atiende la petición de eutanasia y suicidio asistido*

La eutanasia y el suicidio asistido no consisten, simplistamente entendido, en “acabar con la vida del paciente”, sino, por el contrario “facilitar las condiciones de su muerte, según su deseo”.

A veces se afirma que en la eutanasia y el suicidio asistido hay un conflicto entre la libertad y la vida, cuando si se definen correctamente lo que se crea no es un conflicto sino una “*dimensión ética de coincidencia de dignidades y libertades*” individuales concretas (las del enfermo, sobre todo, y las de quien las lleva a cabo)

7. Disponer de los medios para la asistencia de los pacientes

8. Posibilidades alternativas

Legislación necesaria

En 1995 contribuí en el Parlamento a la aprobación de la Ley Orgánica del Código Penal, y con ello a su artículo 143, que considera delito la práctica de la eutanasia y el suicidio asistido. Creo que ambas deben ser reguladas por Ley y despenalizadas, lo que conllevaría la modificación del Código Penal y la reformulación de los Testamentos vitales.

En el art. 143, Código Penal español se establece que:

“2. Se impondrá la pena de prisión de dos a cinco años al que coopere con actos necesarios al suicidio de otra persona;

3. Será castigado con la pena de prisión de seis a diez años si la cooperación llegara hasta el punto de ejecutar la muerte.

4. *El que causare o cooperare activamente con actos necesarios y directos a la muerte de otro, por la petición expresa, seria e inequívoca de éste, en el caso de que la víctima sufriera una enfermedad grave que conduciría necesariamente a su muerte, o una enfermedad que produjera graves padecimientos permanentes y difíciles de soportar, será castigado con la pena inferior en uno o dos grados a las señaladas en los números 2 y 3 de este artículo”.*

Analizando los apartados de dicho artículo:

a) *Eutanasia*

¿No actúa el Estado excesivamente al representar un rol ejemplarizador de la protección del *bien vida* en esos casos tan específicos, personales y privados, inocuos para otros, para la sociedad y para el propio Estado, descargando su fuerza coactiva sobre el deseo profundamente humano de *morir* en dignidad y

libertad, sobre una vida, la del moribundo, agotada y despersonalizada *por una enfermedad grave que conducirá necesariamente la muerte?*. ¿Cómo es posible que, reconocida por el mismo Estado la gravedad de la enfermedad y la irreversibilidad hacia la muerte cercana, bloquee con su prohibición al derecho a la libertad de estos pacientes a tener una muerte digna?. ¿Quién o qué se gana con ello?. Nadie, nada.

b) *Suicidio asistido*

Hay que ser conscientes de lo que significa para una persona enferma *sufrir permanentemente* y sin desearlo *padecimientos graves y difíciles de soportar*, algo que no debe enorgullecer ni dejar indiferente al Estado.

En la Declaración de su 41ª Asamblea, la Asociación Médica Mundial recuerda de forma bastante elocuente que “la tragedia es que muchas personas en *estado vegetativo permanente (EVP)* viven durante muchos meses o años, si se les proporciona alimentación y otros medios artificiales”.

Y se habría de interrogar si en última instancia el Estado es responsable de las *lesiones y menoscabo psíquico y moral* de esos enfermos o lesionados, que dañan su dignidad y están tipificados y castigan en el Código Penal.

Al efecto, la Carta Europea de los Derechos de los Pacientes (Roma, noviembre 2002), que no intenta posicionarse en temas éticos, define catorce derechos válidos en los Sistemas de Salud europeos contemporáneos, entre ellos:

“11- Todo individuo tiene derecho a evitar todo el sufrimiento y el dolor posibles, en cada fase de su enfermedad.

13- Todo individuo tiene derecho a reclamar si ha sufrido un daño y el derecho a recibir una respuesta o información adicional.

14- Todo individuo tiene derecho a recibir una compensación suficiente dentro de un período de tiempo razonablemente corto cuando haya sufrido un daño físico, moral o psicológico causado por un tratamiento proporcionado en un servicio de salud”.

c) *Retirada del tratamiento*

- La suspensión justificada de un tratamiento a un *enfermo terminal* por parte del médico, para evitar un tratamiento inútil o un ensañamiento terapéutico, responde a la buena práctica profesional y está amparada por la ley.

- La retirada del tratamiento a un *enfermo no terminal* (persona terminada, consciente o inconsciente) a petición directa del paciente o en Testamento vital, está amparada por la ley, aunque puede tener consecuencias indeseadas para el paciente y los médicos asistenciales.

Ante una petición fundada por parte del paciente de *retirada del tratamiento*, el médico o equipo médico que lo ha indicado y aplicado (respiración y/o alimentación artificial, etc.) ha de retirarlo, porque es un derecho del paciente recogido en nuestra legislación. Y no puede negarse a ello alegando de que si quiere lo haga el propio paciente -que está imposibilitado para hacerlo- pues cuando el médico aplicó el tratamiento el paciente se hallaba en las mismas condiciones y hubiera sido igual de descabellado que el paciente se lo hubiera tenido que aplicar a sí mismo.

¿Que puede ocurrir con la retirada del tratamiento a un paciente que al solicitarlo expresa su voluntad de morir?:

- Si provoca la muerte del paciente (común tras la retirada de la respiración artificial a un enfermo, terminal o no), es obligación profesional y responsabilidad del médico atenderlo y evitar que sufra con la agonía (dolor, angustia, etc.).

- Si no provoca la muerte del paciente (caso frecuente tras la retirada de la alimentación artificial, generalmente a pacientes no terminales), supondría una crueldad, un trato inhumano y degradante dejar que el enfermo fallezca por inanición, por lo que el médico tiene la obligación y responsabilidad profesional de evitar que sufra y ayudarlo a morir. Y no obstante, con la ley actual el médico que obrara así incurriría en delito

d) Negativa a un tratamiento

La suspensión del tratamiento a petición del paciente puede conducir directamente o no a la muerte del paciente, como este hubiera deseado. La actuación del médico es la del caso anterior, y conlleva, si el enfermo no muere, la responsabilidad legal si le ayudare a morir

e) Testamento Vital

Hay muchas similitudes en los contenidos de los Testamentos vitales regulados en los distintos territorios del Estado español. Sin entrar en su análisis detallado, siendo en términos generales sus guías la ley 41/02 y el real decreto 124/07, lo son también sus contradicciones e insuficiencias.

Propuesta

Se deben regular legalmente la eutanasia y el suicidio asistido porque: son actuaciones humanamente justificadas, no obligan a quienes no comparten esas opciones, no dañan intereses de otros, de la sociedad y mucho menos del Estado ya que el único interés en causa es el del paciente a morir como reclaman su dignidad, su libertad, su personalidad, su autoestima etc.

Para la *despenalización* de la eutanasia y el suicidio asistido, procedente y asentada en el respeto de los derechos humanos, habrá de tenerse en cuenta:

- 1) la dignidad y libertad (autonomía) de la persona como fundamento
- 2) la correcta definición de la eutanasia y el suicidio asistido
- 3) el establecimiento para cada uno de ellas de los requisitos exigibles, las garantías generales y las garantías específicas
- 4) la determinación del/los cooperador/es necesario/s
- 5) la disponibilidad de medios asistenciales sanitarios y sociales generales y específicos (unidades del dolor, cuidados paliativos)
- 6) la oferta de cuidados y prestaciones alternativos
- 7) la información general adecuada
- 8) el asesoramiento, previo a la adopción de la norma, de las entidades implicadas en los distintos aspectos de la atención a estos enfermos.
- 9) el control efectivo de cada actuación, supervisado por una figura (Comité) o autoridad creada al efecto
- 10) la penalización de los incumplimientos y abusos de la ley

La despenalización en España debe acompañarse de: a), la modificación de artículo 143 del Código Penal, y b), la reformulación del los Testamentos vitales para corregir sus insuficiencias.

Guía

A) Documentos Internacionales

- Declaración Universal de Derechos Humanos 10/12/1948
- Declaración americana sobre derechos y deberes del hombre 1948
- Convención para la Salvaguardia de los Derechos del Hombre y de las Libertades Fundamentales 4/11/1950
- Carta Social Europea 18/10/1961
- Pacto Internacional de Derechos civiles y políticos 16/12/1966
- Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales 16/12/1966
- Convención Americana de los derechos humanos 1969
- Carta Africana de los derechos humanos y de las gentes 1981
- Convenio para la protección de las personas respecto al tratamiento automatizado de datos personales 28/1/1981
- Declaración de la Asociación Médica Mundial sobre el Estado Vegetativo Persistente (EVP) 41ª Asamblea Médica Mundial 1989
- Convención de Asturias de Bioética relativa a los Derechos Humanos y la Biomedicina (Consejo de Europa) 4 de abril de 1997
- Recomendación nº 1418 (1999) de la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa (adoptada el 25 de junio de 1999) sobre Protección de los derechos humanos y la dignidad de los enfermos terminales y moribundos
- Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea 2000/C 364/01 Diario Oficial de las Comunidades Europeas 18/12/2000
- Carta Europea de los Derechos de los Pacientes Roma, noviembre 2002

B) España

- Constitución Española 1978
- Ley 30/1992, de Régimen Jurídico de las Administraciones y del Procedimiento Administrativo Común
- Ley Orgánica 10/95, del Código Penal
- Ley 14/85 General de Sanidad (BOE nº 101/1986, de 29 de abril)
- Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal (y Reglamentos que la desarrollan)
- Real Decreto 994/1999 Reglamento de medidas de seguridad de los ficheros automatizados que contengan datos de carácter personal
- Ley 41/2002, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica
- Real Decreto 124/2007 que regula el Registro nacional de instrucciones previas y el correspondiente fichero automatizado de datos de carácter personal (entró en vigor el 21/11/07)
- Código de Ética y Deontología de la Organización Médica Colegial española (setiembre de 1999)
- Diccionario esencial de la lengua española. Real Academia Española 2006

*Comunidades Autónomas

- Decreto 4/2008, de Organización y Funcionamiento del Registro del Principado de Asturias de Instrucciones Previas en el ámbito sanitario
- Resolución de 7 de abril de 2008, de la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios, por la que se crea el fichero automatizado de datos de carácter personal

Aportaciones

Barcaro, Rosangela: "Eutanasia: Un problema paradimático della Bioética". Edit. Franco Angeli, 1998 Milano (Italia)

Camps, Victoria: "Una vida de calidad. Reflexiones sobre la Bioética". Ares y Mares. Ed. Crítica, 2001. Barcelona

Casado, María: "La eutanasia y su tratamiento en los Tribunales". Capítulo del libro Entre el nacer y el morir. Ascensión Cambrón (coord.). Ed. Comares (Granada), 1998.

Figuroa Yañez, Gonzalo: "Hacia un nuevo estatuto jurídico para el que está por morir". Revista SIBI nº 17. Enero-Junio 2007 Gijón (España)

Gafo, Javier (ed.): "La eutanasia y el arte de morir", Universidad Pontificia de Comillas, Madrid, 1990.

Palacios, Marcelo: "Recomendación" Convención de Asturias Consejo de Europa Estrasburgo (Francia)

Palacios, Marcelo: "Convención de Asturias" Consejo de Europa. Strasburgo (Francia)

Palacios, Marcelo: "Entrando en el Siglo de la Bioética". Conferencia III Encuentros de Filosofía en Gijón. Fundación Gustavo Bueno. 4/7/1998 Gijón

Palacios, Marcelo: acta 2 del Comité Científico de la Sociedad Internacional de Bioética (SIBI). Reunión de 27-28/11/1998.

Palacios, Marcelo: comparecencia ante la Comisión especial de estudio sobre la eutanasia del Senado. Boletín Oficial de las Cortes Generales BOCG 8/4/99. Madrid

Palacios, Marcelo: "Bioética práctica para el siglo XXI", en "Bioética 2000" .Ed. Nobel, Oviedo, 2000.

Palacios, Marcelo: "Consideraciones sobre la muerte digna", conferencia en Congreso Iberoamericano y Venezolano de Bioética. Caracas, 5-7/2/2001

13. Palacios, Marcelo: comparecencia Comisión Estudio de la Eutanasia del Senado, 8/4/2002, Madrid.

14. Palacios, Marcelo: "Sobre la Eutanasia., conferencia" IV Congreso Brasileño de Bioética, I Congreso de Bioética del MERSOSUR. 30/8-3/9/2005. Foz de Iguazú (Brasil)

15. Palacios, Marcelo: "Eutanasia y Testamentos Vitales", encuentros de Residentes de Medicina de Familia. 14/6/06. Cangas de Onís (Asturias)

16. Palacios, Marcelo: conferencia "Consideraciones sobre la Eutanasia". II Congreso "Ciencia y Sociedad" 4/4/2006. Universidad de Alicante

Palacios, Marcelo: "Mesa redonda sobre la Eutanasia". XIX Encuentro de Cristianos de Base. 15/3/2007 Gijón.

Palacios, Marcelo: "La Eutanasia y el Suicidio Asistido", conferencia. V Congreso Mundial de Bioética. Gijón, 24/5/2007. DVD SIBI

Palacios, Marcelo: "Consideraciones ante el morir.", conferencia Master de Bioética Prof. V. Garrafa en Universidad de Brasilia 3/9/2007. Brasil

Palacios, Marcelo: "Conferencia Consideraciones sobre el testamento vital y la eutanasia". Ciclo "Avilés, Ciudad Saludable" 20/2/08. Casa de la Cultura

Palacios, Marcelo: "Bioética y temas científicos de interés mediático", revista de Derecho y Genoma Humano N° 26 Enero-Junio 2007. Cátedra Interuniversitaria Fundación BBVA–Diputación Foral de Bizcaia de Derecho y Genoma Humano

Palacios, Marcelo: "La muerte no se diseña". Diario El Comercio 21/2/08

Palacios, Marcelo: "Lo que mata a un enfermo terminal es su enfermedad, no la eutanasia". Diario La Nueva España. 21/2/08

Palacios, Marcelo: "El nuevo Comité de Bioética de España". conferencia, Real Academia de Jurisprudencia y Legislación. IV Seminario Internacional de Biomedicina y Derechos Humanos Interuniversitario. 19/6/08, Madrid.

Palacios, Marcelo: "La muerte digna y los testamentos vitales". Colegio Oficial de Médicos de Asturias, conferencia 24/6/08, Gijón.

Shapira, Amos: "Consideraciones sobre la Eutanasia", acta 2, Reunión del Comité Científico de la Sociedad Internacional de Bioética de 27-28/11/98. Web SIBI (Ponencias)

Sinno, Raffaele: "Problema etici e scientifici di fine da vita". Centro Studi del Sannio-Benevento. Loffredo Editore, 2008, Napoli (italia)

Van der Maas, Paul J.: "Tendencias en la toma de decisiones al final de la vida en los Países Bajos (1990-2005) y en el Consejo de Europa". DVD SIBI. V Congreso Mundial de Bioética. Gijón, 21/5/07.

Marcelo Palacios
Sociedad Internacional de Bioética (SIBI)
Blas de Lezo 2 - 33007 GIJÓN, ESPAÑA

Web: www.sibi.org E-mail: bioetica@sibi.org



Nota del autor

El trabajo "Soy mi dignidad. Consideraciones y propuestas sobre la muerte digna" publicado en la revista Jurisprudencia Argentina, octubre 2008 (paginas 35-47), se presenta en otro formato e incluye enunciados **en negrita** y dos líneas que, por defecto de elaboración en origen del archivo enviado (no imputable al director, al coordinador ni al editor de la revista), no pudieron imprimirse.

El texto se respeta en su totalidad