

Para reflexionar y debatir con precisión en el terreno de la eutanasia, es necesario que estén claros antes algunos conceptos.

DEFINICIÓN Y PRECISIONES TERMINOLÓGICAS:

Oímos hablar con frecuencia del “derecho a morir con dignidad”, y seguramente todos estaremos de acuerdo con este derecho: ¿a quién no le gustaría morir con dignidad? Pero ¿estamos hablando del “derecho a una muerte digna” o del “derecho a que otro me provoque la muerte”? Por eso es muy importante precisar bien los conceptos y el sentido de algunos términos: es lo que procuraremos hacer a continuación.

Eutanasia: etimológicamente significa “buena muerte”. Pero hoy día hay que precisar mucho más su definición. La Asociación Médica Mundial, en 1987, la definió brevemente como: *“acto deliberado de dar fin a la vida de un paciente”*

. En enero de 2002 la Sociedad Española de Cuidados Paliativos propuso la siguiente definición:

“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”

. También propondríamos definirla, de una manera más sintética, como

“la conducta de un médico que provoca intencionadamente la muerte de un paciente para que no sufra”

En cuanto a los tipos de eutanasia, se puede distinguir entre **eutanasia solicitada voluntariamente** (se practica a petición del enfermo) y

eutanasia no solicitada voluntariamente

(cuando no la pide el enfermo, sino que se practica a petición de la familia o por la simple decisión del médico, que no consulta con el enfermo ni con su familia).

También cabe distinguir la **eutanasia por acción** (cuando se provoca intencionadamente la muerte mediante la administración de una sustancia letal) y la

eutanasia por omisión

(cuando se provoca intencionadamente la muerte por la omisión de un tratamiento imprescindible para mantener la vida y que en la situación concreta de ese enfermo está indicado, por ser un tratamiento útil y proporcionado: p. ej., algunos casos relativamente frecuentes en Holanda: no alimentar o negar una operación de apendicitis a un niño con síndrome de Down; o no tratar a ancianos con edema agudo de pulmón porque no tienen familiares cercanos).

En cambio, **parece preferible evitar hablar de eutanasia activa y eutanasia pasiva**, porque

este último término es equívoco y produce confusión.

“La eutanasia, entendida como conducta intencionalmente dirigida a terminar con la vida de una persona enferma, por un motivo compasivo, puede producirse tanto mediante una acción como por una omisión. La distinción activa/pasiva, en sentido estricto, no tiene relevancia desde el análisis ético, siempre que se mantenga constante la intención y el resultado. Tan eutanasia es inyectar un fármaco letal como omitir una medida terapéutica que estuviera correctamente indicada, cuando la intención y el resultado es terminar con la vida del enfermo. Hablar de “eutanasia pasiva” es ambiguo y confuso porque supone clasificar conjuntamente dos situaciones de diferente naturaleza. Por un lado tenemos lo que se puede denominar como “permitir la muerte” (evitar el encarnizamiento médico, respetar el derecho a rechazar tratamientos); y por otro lado tenemos la eutanasia por omisión. Se pueden suscitar dudas a la hora de diferenciar el concepto “permitir la muerte” frente al de “eutanasia por omisión”, pero es posible establecer un criterio claro. La clave reside en la intención que preside la conducta médica. Ante un paciente en situación terminal lo que se hace o se deja de hacer con la intención de prestarle el mejor cuidado, permitiendo la llegada de la muerte, no sólo es moralmente aceptable sino que muchas veces llega a ser obligatorio desde la ética de las profesiones sanitarias (...). Por el contrario, cuando algo se hace o se deja de hacer con la intención directa de producir o acelerar la muerte del paciente, entonces corresponde aplicar el calificativo de eutanasia” (Declaración de la SECPAL sobre la eutanasia, de enero de 2002)

. Algunos casos serán relativamente sencillos de calificar p. ej., sedar y no alimentar ni hidratar a un enfermo con un pronóstico de vida de meses, sería claramente una eutanasia por omisión. Otras situaciones pueden plantear más dudas, pero siempre tendremos una orientación clara con lo que acabamos de exponer.

CONDUCTAS QUE SE CONFUNDEN CON LA EUTANASIA Y QUE NO LO SON:

- **Retirada o no iniciación de tratamientos inútiles y desproporcionados para la situación concreta de un enfermo** : *“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” (Documento de la SECPAL sobre la eutanasia)*

. Esto habrá que hacerlo cuidando muy bien el espíritu del consentimiento informado, en el que el paciente se reserva el “derecho de veto”; para los tratamientos no deseados y el médico también mantiene el “derecho de veto”; para aquellos tratamientos que profesionalmente sean considerados inútiles o dañinos. Llega un momento en que el paciente y el médico reconocen que la enfermedad ya es incurable y aceptan su curso natural, sin empeñarse en alargar la vida a toda costa y con medios desproporcionados; es una actuación perfectamente ética y profesional, y que no puede considerarse como eutanasia. Es lo que hoy se califica como “limitación del esfuerzo terapéutico”. Desde luego, siempre será importante examinar con sinceridad nuestra intención: preguntarnos si lo que buscamos es “permitir morir” (respetando el curso natural de la enfermedad y procurando la mejor calidad de vida posible para el paciente), o provocar o adelantar la muerte.

- **Tratamientos analgésicos que podrían acortar secundariamente la vida:** *“el objetivo prioritario de los cuidados paliativos es el alivio de los síntomas 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”*
. (Declaración de la SECPAL sobre la eutanasia, de enero de 2002). El objetivo no es provocar la muerte sino aliviar el sufrimiento. Es una actuación perfectamente ética y profesional, y distinta de la eutanasia, si se utilizan las dosis adecuadas y la intención no es provocar la muerte.

- **Sedación paliativa:** es *“la administración deliberada de fármacos para lograr el alivio, inalcanzable con otras medidas, de un sufrimiento físico y/o psicológico, mediante la disminución suficientemente profunda y previsiblemente irreversible de la consciencia en un paciente cuya muerte se prevé muy próxima y con su consentimiento explícito, implícito o delegado”* (Documento del Comité de ética de la SECPAL sobre “Aspectos éticos de la sedación en Cuidados Paliativos”, de enero de 2002). Así planteada, contando con el consentimiento del paciente y utilizando las dosis mínimas eficaces, tampoco presenta inconvenientes desde el punto de vista ético. Las diferencias entre la sedación y la eutanasia son claras: en la sedación, la intención es aliviar el sufrimiento del paciente, el procedimiento es la administración de un fármaco sedante y el resultado el alivio de ese sufrimiento; en cambio, en la eutanasia la intención es provocar la muerte del paciente, el procedimiento es la administración de un fármaco letal y el resultado la muerte. Lógicamente, la sedación será un último recurso reservado para el control de aquellos síntomas que no sea posible conseguir por otros medios que no impliquen la pérdida de conciencia.

OTROS CONCEPTOS QUE SE MANEJAN EN EL DEBATE SOBRE LA EUTANASIA:

Suicidio médicamente asistido: se produce cuando el médico, a petición del paciente, le proporciona los medios necesarios para que éste se suicide.

Encarnizamiento terapéutico u obstinación médica: son *“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”* (Declaración de la SECPAL sobre la eutanasia). También es, por el extremo contrario a la eutanasia, una actitud contraria a la ética.

Instrucciones previas (o testamento vital): se trata de un documento por el que una persona manifiesta anticipadamente su voluntad sobre los cuidados y tratamientos que desea recibir, para que se cumpla cuando –por el deterioro de su salud- ya no sea capaz de expresarse. En el documento se puede designar, además, un representante que, llegado el momento, sea el interlocutor con el equipo médico para procurar el cumplimiento de esas instrucciones. En España este asunto fue regulado por la Ley 41/2002, del 15 de noviembre de 2002. Esta ley aclara que *“no serán aplicadas las instrucciones previas contrarias al ordenamiento jurídico, a la “lex artis”, ni las que no se correspondan con el supuesto de hecho que el interesado haya previsto en el momento de manifestarlas”*. También explica que podrán revocarse libremente en cualquier momento, dejando constancia por escrito.

Estas definiciones han sido aportadas por el Dr. Damián Muñoz.