

EL ARTE DEL BUEN MORIR
LA EUTANASIA Y LOS LÍMITES DE LA VOLUNTAD HUMANA

José Manuel Caamaño López
jclopez@teo.upcomillas.es

1. INTRODUCCIÓN

1.1. EL VALOR DE LA VIDA

1.2. EL SUFRIMIENTO Y LA ENFERMEDAD: LA DESESTRUCTURACIÓN DEL SER HUMANO VULNERABLE Y PLURIDIMENSIONAL

- a) Crisis ontológica: psicológica, física, social y espiritual
- b) Focalización corpórea
- c) Fractura entre el yo y el cuerpo
- d) Desintegración
- e) Cambios en el entorno
- f) Fases de Kübler-Ross: Negación, ira, rabia, depresión, aceptación

2. LA MUERTE: HECHO BIOLÓGICO Y CULTURAL

2.1. DETERMINACIÓN TRADICIONAL DE LA MUERTE: CRITERIO CARDIOPULMONAR

2.2. LAS MUERTES APARENTES: REDIVIVOS

2.3. CAMBIOS EN LA DETERMINACIÓN DE LA MUERTE: MUERTE ENCEFÁLICA

Real Decreto 2070/1999 del 30 de diciembre por el que se regulan las actividades de obtención y utilización clínica de órganos humanos:

“1. Ausencia de respuesta cerebral, con pérdida absoluta de consciencia. 2. Ausencia de respiración espontánea. 3. Ausencia de reflejos cefálicos, con hipotonía muscular y midriasis. 4. Y Electroencefalograma ‘plano’, demostrativo de inactividad bioeléctrica cerebral” (art. 10).

3. HISTORIA DEL CONCEPTO DE EUTANASIA

3.1. LA EUTANASIA EQUÍVOCA (V.A.C. - I.D.C.)

3.1.1. Historia y significación del concepto

“Alcanzó así una muerte dulce y a la medida de sus deseos, pues casi siempre, cuando oía que alguien había muerto rápidamente y sin dolor, pedía para él y para los suyos una similar εὐθανασία (esta era, en efecto, la palabra que solía emplear)” (SUETONIO, *Vida de los doce Césares*, II, 99).

3.1.2. La excepcionalidad de algunos testimonios

“En cuanto a la exposición y crianza de los hijos, debe existir una ley que prohíba criar a ninguno defectuoso [...]” (ARISTÓTELES, *Política*, 1335b, 19-20).

“En los casos en que los cuerpos están totalmente enfermos por dentro, (Asclepio) no intentó prolongar la desdichada vida de los enfermos por medio de dietas, que incluyeran evacuaciones e infusiones graduales, ni hacerles procrear hijos semejantes a ellos” (PLATÓN, *República*, 407d).

“Al recién nacido no estaba autorizado su progenitor para criarlo, sino que, cogiéndolo, debía llevarlo a cierto lugar llamado *léschē*, en donde, sentados los más ancianos de los miembros de la tribu, examinan al pequeño y, si era robusto y fuerte, daban orden de criarlo [...]; pero si esmirriado e informe, lo enviaban hacia las llamadas ‘Apótetas’, un lugar barrancoso por el Taigeto, en base al principio de que, ni para uno mismo ni para la ciudad, vale la pena que viva lo que, desde el preciso instante de su nacimiento, no está bien dotado de salud ni de fuerza. De ahí que tampoco lavaran las mujeres a sus críos con agua, sino con vino, haciendo así la prueba de su mezcla, pues se dice que ceden los cuerpos epilépticos y enfermizos sufriendo convulsiones al contacto con el vino puro, mientras los sanos adquieren defensas y fortalecen su constitución” (PLUTARCO, *Vida de Licurgo*, 16, 1-3).

3.2. LA EUTANASIA UNÍVOCA-SITUACIONAL (I – XVII)

3.2.1. Historia y significación del concepto

“Estimo ser oficio del médico no sólo restaurar la salud, sino también mitigar los dolores y tormentos de las enfermedades: y no sólo cuando esta mitigación del dolor, como de cualquier otro síntoma peligroso, ayuda y conduce a la recuperación, sino también cuando, habiéndose esfumado toda esperanza de recuperación, sirve solo para conseguir una salida de la vida más dulce y plácida. Pues no es pequeña felicidad (que el mismo Cesar Augusto pedía para sí) esta ‘Eutanasia’; esta fue especialmente notada en la muerte de Antonino Pío, que no pareció que se muriera, sino que fue a modo de un adormecimiento dulce y placentero. (...). Pero en nuestros tiempos, los médicos hacen cuestión de escrúpulo y religión el estar junto al paciente cuando ha sido desahuciado; siendo así que, a mi juicio, si no quieren faltar a su oficio e incluso a la humanidad, deben adquirir las habilidades y prestar atención a cómo puede el moribundo dejar la vida más fácil y silenciosamente. A esta parte la llamamos investigación sobre la ‘Eutanasia externa’ (para distinguirla de la Eutanasia que mira a la preparación del alma) y la incluimos entre las cosas deseadas” (Bacon, *De dignitate et augmentis scientiarum*, IV, 2).

3.2.2. La aspiración humana a la *eutanasia*: ritos de paso, ritos para morir y *ars moriendi*

3.3. LA EUTANASIA UNÍVOCA-PRÁCTICA (XVII-XIX)

3.3.1. Medios ordinarios y extraordinarios: excepciones

- a) Ordinarios: *Spes salutis; media communia; secundum proportionem status; media non difficilia; media facilia*
- b) Extraordinarios: *Quaedam impossibilitas; summus labor y media nimis dura; quidam cruciatus e ingens dolor; sumptus extraordinarius, media pretiosa y media exquisita; vehemens horror*

3.3.2. La evolución del concepto de eutanasia a partir del s. XVII

3.4. LA EUTANASIA EN EL CONTEXTO ACTUAL

3.4.1. La distinción entre eutanasia activa y pasiva

3.4.2. La significación moral de la diferencia entre matar (*killing*) y dejar morir (*letting die*)

“La terminación intencional de la vida de un ser humano a manos de otro –homicidio por compasión– es contraria a aquello para lo que se encuentra la profesión médica y es contraria a la política de la Asociación Médica Americana. La suspensión del empleo de medios extraordinarios para prolongar la vida del cuerpo cuando existe irrefutable evidencia de que la muerte biológica es inminente, es decisión del paciente y/o su familia inmediata. El consejo y el criterio del médico debe estar a libre disposición del paciente y/o su familia inmediata” (American Medical Association, 1973).

4. LA DIVERSIFICACIÓN CONCEPTUAL EN TORNO A LA EUTANASIA EN EL SIGLO XXI

4.1. LOS NUEVOS CONTEXTOS PARA PENSAR LA EUTANASIA

4.1.1. La nueva medicina y la prolongación de la vida

4.1.2. El reclamo de la autonomía en las decisiones sobre la vida y la muerte de las personas

4.1.3. Medicalización del morir y tabú de la muerte

4.2. A NUEVAS SITUACIONES, UN NUEVO LENGUAJE

4.2.1. Eutanasia

“Actuación directa sobre la vida de una persona con el fin de acabar con ella a petición de ésta para de este modo terminar también con unos sufrimientos que considera insoportables”.

4.2.2. Suicidio asistido

“Actuación de una persona para proporcionar a petición del paciente capaz y con una enfermedad irreversible que le produce un sufrimiento inaceptable, los medios necesarios para que éste se suicide”.

4.2.3. Limitación del esfuerzo terapéutico

“Retirar o no iniciar medidas terapéuticas porque el profesional sanitario estima que, en la situación concreta del paciente, son inútiles o fútiles, ya que tan sólo prolongan la vida biológica”.

4.2.4. Rechazo de tratamiento

4.2.5. Sedación paliativa

“Administración de fármacos a un paciente en situación terminal, en las dosis y combinaciones requeridas para reducir su conciencia todo lo que sea preciso para aliviar adecuadamente uno o más síntomas pertinaces que le causan sufrimiento, contando para ello con su consentimiento”.

4.3. IMPOSIBILIDAD DE CONCEPTUAR LA REALIDAD

5. EL FINAL DE LA VIDA EN EL DEBATE JURÍDICO

5.1. LAS ASOCIACIONES DEL DERECHO A MORIR

5.2. EL FINAL DE LA VIDA EN EL DERECHO COMPARADO

5.3. EL FINAL DE LA VIDA EN EL DERECHO ESPAÑOL: ART. 143 DEL CP

6. LOS PROBLEMAS REALMENTE ESENCIALES

6.1. LA PRIMERA VÍA: ENFERMEDAD AGUDAS (SOPORTE VITAL Y LET)

6.2. LA SEGUNDA VÍA: ENFERMEDAD CRÓNICA (CUIDADOS PALIATIVOS Y SEDACIÓN)

7. ALGUNAS CONCLUSIONES SOBRE LOS PROBLEMAS EN EL FINAL DE LA VIDA

7.1. ¿ALTERNATIVAS A LA EUTANASIA Y AL SUICIDIO ASISTIDO?

7.2. LA VERDAD AL ENFERMO Y SU DERECHO A NO SABERLA

7.3. EL ACOMPAÑAMIENTO

7.4. EL TRATAMIENTO DEL DOLOR

7.5. LA MUERTE DIGNA