

## Bioética e Direito

Esta Secção destina-se a discutir os vários aspectos que ligam a preocupação ética na área sanitária à formulação jurídica do direito à saúde, seja quando disciplinada em lei, seja quando decidida pelos juízes - individualmente ou nos tribunais. Espera-se receber tanto comentários relativos às decisões na matéria quanto informações que possibilitem o exame ético-sanitário das decisões. Do mesmo modo, serão bem-vindas manifestações semelhantes pertinentes a projetos de lei, ou mesmo à legislação vigente, que polemizem princípios morais na área da saúde

*José Geraldo de Freitas  
Drumond*



Busto de Hipócrates. Museu Capitolino, Romana

### *Ante la muerte*

**Fernando A. Verdú Pascual  
Ana Castelló Ponce**

El final de la vida, la inevitable muerte, ha sido, es y seguirá siendo uno de los aspectos de la práctica de la medicina que ha suscitado mayor número de debates y enfrentamientos. En ellos, además, participan personas ajenas a la profesión médica que, quizá, son los que más discuten sus respectivas posiciones. Términos como eutanasia, suicidio asistido o auxilio al suicidio, son de uso habitual entre juristas, psicólogos, sociólogos, antropólogos, etc., cuando deliberan sobre si un médico, dadas ciertas circunstancias, debe estar legitimado para acabar con la vida de un enfermo.

De 1983 data la Declaración de Venecia de la Asociación Médica Mundial (AMM) sobre la Enfermedad Terminal. En su texto dice:

- 1- El deber del médico es curar y, cuando sea posible, aliviar el sufrimiento y actuar para proteger los intereses de sus pacientes.

2 - No habrá ninguna excepción a este principio, aún en caso de enfermedad incurable o de malformación.

3 - Este principio no excluye la aplicación de las siguientes reglas:

3.1 - El médico puede aliviar el sufrimiento de un paciente con enfermedad terminal interrumpiendo el tratamiento curativo con el consentimiento del paciente o de su familia inmediata, en caso de no poder expresar su propia voluntad. La interrupción del tratamiento no exonera al médico de su obligación de asistir al moribundo y darle los medicamentos necesarios para mitigar la fase final de su enfermedad.

3.2 - El médico debe evitar emplear cualquier medio extraordinario que no tenga beneficio alguno para el paciente.

En 1987 la AMM, pronunciándose sobre el mismo asunto, declara en Madrid:

La eutanasia, es decir, el acto deliberado de dar fin a la vida de un paciente aunque sea por su propio requerimiento o a petición de sus familiares, es contraria a la ética. Ello no impide al médico de respetar el deseo del paciente de dejar que el proceso natural de la muerte siga su curso en la fase terminal de su enfermedad.

En 1990 aparece la declaración de Rancho

Mirage, sobre "Atención de pacientes con fuertes dolores crónicos en las enfermedades terminales".

### *Introducción*

---

La atención de pacientes con enfermedades terminales con fuertes dolores crónicos, debe proporcionar un tratamiento que permita a dichos pacientes poner fin a sus vidas con dignidad y motivación. Existen los analgésicos, con o sin opio, y cuando se utilizan debidamente son eficaces calmantes de dolores en los pacientes con enfermedades terminales. El médico y otro personal que atienda a los pacientes con enfermedades terminales deben entender claramente el funcionamiento del dolor, la farmacología clínica de los analgésicos y las necesidades del paciente, su familia y amigos. También es imperativo que los gobiernos aseguren el suministro de las cantidades médicamente necesarias de analgésicos con opio, para su apropiada aplicación en el control de fuertes dolores crónicos.

### *Principios del tratamiento clínico de fuertes dolores crónicos*

---

Cuando un paciente tienen una enfermedad terminal, el médico debe concentrar sus esfuerzos a fin de aliviar el sufrimiento. El dolor es solo una parte del sufrimiento del paciente. Sin embargo, las consecuencias del dolor en la vida del paciente pueden variar de una molestia tolerable a una sensación

de frustración aplastante y agotadora.

La experiencia clínica ha demostrado que, en general, lo grave es la manera en que se utiliza la droga para aliviar los fuertes dolores crónicos en los pacientes con enfermedades terminales, no el tipo de droga. Sin embargo, es importante que el médico distinga el dolor agudo del dolor que puede ser crónico, ya que la diferencia puede tener significativas consecuencias para el uso de analgésicos con opio. A continuación se presentan los principios generales que deben guiar el tratamiento de fuertes dolores crónicos, en especial con la utilización de medicamentos analgésicos.

- 1 - El tratamiento debe ser individualizado a fin de satisfacer las necesidades del paciente y mantenerlo lo más cómodo posible.
- 2 - Se debe entender que las necesidades de los pacientes con dolores crónicos a menudo son distintas a las de los pacientes con dolores agudos.
- 3 - El médico debe conocer la fuerza, duración del efecto y efectos secundarios de los analgésicos disponibles a fin de seleccionar la droga apropiada, como también la dosis, la vía y el horario para asegurar el mejor alivio del dolor para el paciente.
- 4 - La combinación de analgésicos con opio y sin opio puede proporcionar mayor alivio del dolor a los pacientes en los que los analgésicos sin opio no son suficientes. Esto se puede lograr sin producir un

potencial mayor concomitante con efectos secundarios indeseables.

- 5 - La tolerancia de los efectos de un analgésico con agonista de opio, se pueden anular cambiando a una agonista de opio alternativo. Esto está basado en la falta de tolerancia cruzada completa entre los distintos analgésicos con opio.
- 6 - La dependencia yatrogénica no debe considerarse como un problema principal en el tratamiento de fuertes dolores de la enfermedad neoplásica y nunca debe ser la causa que elimine los analgésicos fuertes a los pacientes que los pueden aprovechar.
- 7 - Los gobiernos deben examina hasta que puntos los sistemas de atención médica y las leyes y reglamentaciones, permiten el uso de analgésicos con opio para fines médicos, deben identificar los posibles impedimentos a dicho uso y desarrollar planes de acción, a fin de facilitar el suministro y disponibilidad de analgésicos con opio para todas las indicaciones médicas apropiadas.

En 1992, en Marbella, la AMM, hace su Declaración sobre "Suicidio con ayuda médica", que dice:

Recientemente se han dado a conocer a la opinión pública algunos casos de suicidios con ayuda médica en los que se utiliza una máquina inventada por un médico que enseña su uso a la persona en cuestión.

Por lo tanto, se ayuda a la persona a suicidarse. En otros casos, el médico le ha proporcionado medicamentos a la persona informándole de la dosis que produce la muerte. A la persona se le entregan los medios para suicidarse. Para asegurarse, las personas que se han suicidado estaban gravemente enfermas, tal vez con alguna enfermedad terminal y dolores crónicos. Además, las personas estaban aparentemente con todas sus facultades y tomaron voluntariamente la decisión de suicidarse.

El suicidio con ayuda médica, como la eutanasia, es contrario a la ética y debe ser condenado por la profesión médica.

Cuando el médico ayuda intencional y deliberadamente a la persona a poner fin a su vida, entonces el médico actúa contra la ética.

Sin embargo, el derecho de rechazar tratamiento médico es un derecho básico del paciente y el médico actúa éticamente, incluso si al respetar ese deseo el paciente muere.

En junio de 1999, la Asamblea del Consejo de Europa adoptó la Recomendación 1418, que está dirigida a la Protección de los derechos humanos y la dignidad de los enfermos terminales y moribundos. En la introducción se indica que los derechos fundamentales inherentes a la dignidad del paciente terminal o moribundo, se encuentran amenazados por dos hechos fundamentales:

1 - Los cuidados paliativos están, todavía, menospreciados.

2 - En general, se prefiere la prolongación de la vida al alivio del dolor.

En el texto se recogen dieciséis objetivos a alcanzar:

1 - Asegurar que los cuidados paliativos son un derecho legal e individual en todos los Estados miembros.

2 - Proporcionar un acceso equitativo a los cuidados paliativos a todas las personas moribundas o en fase terminal.

3 - Garantizar que los familiares y amigos son animados a acompañar al enfermo terminal o moribundo y reciben un apoyo profesional en tal empeño.

4 - Contar con organizaciones y equipos de asistencia ambulatoria que aseguren la asistencia paliativa a domicilio en los casos en que esté indicada.

5 - Asegurar la cooperación entre todas las personas y profesionales implicados en la asistencia del moribundo o el enfermo terminal.

6 - Garantizar el desarrollo y mejora de los estándares de calidad en los cuidados del enfermo terminal o moribundo.

7 - Asegurar que la persona en fase terminal o moribunda recibirá un adecuado tratamiento del dolor (a menos que el interesado se niegue) y cuidados paliativos, incluso

si tal tratamiento tiene como efecto secundario el acortamiento de la vida.

- 8 - Garantizar que los profesionales sanitarios reciben formación para proporcionar una asistencia médica, de enfermería y psicológica a cualquier enfermo terminal o moribundo, en el seno de un equipo coordinado y según los estándares más altos posibles.
- 9 - Crear e impulsar centros de investigación, enseñanza y capacitación en los campos de la medicina y los cuidados paliativos, así como en tanatología interdisciplinar.
- 10 - Garantizar que, al menos, los grandes hospitales cuentan con unidades especializadas en cuidados paliativos y hospicios, en los que la medicina paliativa pueda desarrollarse como parte integral del tratamiento médico.
- 11 - Asegurar que la medicina y los cuidados paliativos se asientan en la conciencia pública como un objetivo importante de la medicina.
- 12 - Dar eficacia al derecho de la persona en fase terminal o moribunda a una información veraz y completa, pero proporcionada con compasión, sobre su estado de salud, respetando, en su caso, el deseo del paciente de no ser informado.
- 13 - Hacer posible que el enfermo terminal o la persona moribunda pueda consul-

tar a otro médico distinto del que le atiende habitualmente.

- 14 - Garantizar que ningún enfermo terminal o persona moribunda sea tratada contra su voluntad y que en esta materia no actúa bajo la influencia o presión de un tercero. Además, se debe garantizar que su voluntad no se configura bajo presiones económicas.
- 15 - Asegurar que se respetará el rechazo a un tratamiento específico recogido en los deseos adelantados o testamento vital de un enfermo terminal o persona moribunda. (Aquí se hacen algunas consideraciones respecto a las condiciones del testamento vital, que abordaré en su momento).
- 16 - Garantizar que, no obstante la responsabilidad última del médico en materia terapéutica, se tendrán en cuenta los deseos expresados por un enfermo terminal o persona moribunda en relación con formas particulares de tratamiento, siempre que no atenten contra la dignidad humana.

Esa misma Resolución del Consejo de Europa, contiene una explícita referencia al Testamento Vital, que también suele ser objeto de discusión, sanitaria y extrasanitaria. Dice la Recomendación a ese respecto:

"Por otra parte, se deben definir criterios de validez sobre la coherencia de tales deseos ade-

lantados, así como sobre la delegación en personas próximas y el alcance de su autoridad para decidir en lugar del enfermo. También se debe garantizar que las decisiones de las personas próximas que subrogan la voluntad del paciente (que habrán de estar basadas en los deseos expresados con anterioridad por el paciente o en presunciones sobre su voluntad) se adoptan sólo si el paciente implicado en esa situación no ha formulado deseos expresamente o si no hay una voluntad reconocible. En este contexto, siempre debe haber una conexión clara con los deseos expresados por la persona en cuestión en un periodo de tiempo cercano al momento en que se adopte la decisión (deseos referidos expresamente al morir) y en condiciones adecuadas, es decir, en ausencia de presiones o incapacidad mental. Se debe asimismo garantizar que no serán admisibles las decisiones subrogadas que se basen en los juicios de valor generales imperantes en la sociedad, y que, en caso de duda, la decisión se inclinará siempre por la vida y su prolongación."

Termina la resolución respaldando la prohibición de poner fin a la vida de forma intencionada. Para ello recomienda que los Estados miembros incluyan en su derecho interno:

- 1 - El reconocimiento que el derecho a la vida, especialmente en relación con los enfermos terminales y moribundos, está garantizado de acuerdo con el artículo 2 de la Convención Europea de Derechos Humanos, según la cual nadie será privado de su vida intencionadamente.
- 2 - El reconocimiento de que el deseo de morir no genera el derecho a morir a manos de un tercero.
- 3 - El reconocimiento de que el deseo de morir de un enfermo terminal o persona moribunda no puede, por sí mismo, constituir una justificación legal para emprender acciones dirigidas a terminar con su vida.

Desde muy diversas tribunas se ha vuelto - y se volverá- a reclamar la necesidad de que la cuestión del suicidio asistido sea abordada de forma seria y concienzuda, de manera que queden cubiertas legalmente las aspiraciones de quienes quieren disponer de su propia vida. El problema que se pretende solucionar, no es en modo alguno y bajo ninguna perspectiva, un problema sanitario.

La práctica de la eutanasia es algo consustancial con el ejercicio de la medicina. Es, simple y llanamente, una más de las muchas obligaciones que el médico contrae con su paciente al encargarse de su asistencia, de su curación, de su cuidado. El médico tiene la obligación profesional de cuidar en todo momento a su paciente y ello incluye obviamente el procurarle una buena muerte, evitándole sufrimientos innecesarios y no prolongando artificialmente su vida, cuando ya no existen esperanzas de recuperación.

El suicidio asistido es, por contra, una cosa muy distinta. En esa figura, se realizan actos que tienen como finalidad terminar con la vida

de una persona. Y esa no es una función que pueda considerarse incluida entre las obligaciones del médico. Nunca lo ha sido y nunca deberá serlo.

Pero el esfuerzo para obligar a los médicos a practicar actos dirigidos a terminar con la vida de una persona, de forma consciente, sigue. El último ejemplo se puede encontrar en Bélgica.

"Para la aplicación de la presente ley, se ha de entender por eutanasia el acto, practicado por un tercero que, intencionadamente, pone fin a la vida de una persona a petición de esta".

Este el texto del artículo segundo de la proposición de ley para la despenalización de la eutanasia que, el 25 de octubre de 2001, aprobó el Senado de Bélgica. En el artículo previo se advierte que la norma proyectada regula una materia contenida en el artículo 78 de la Constitución de aquel país.

Como puede verse, parece que la intención de los legisladores belgas sea que cualquier persona pueda ser ese tercero y por tanto, aplicar la eutanasia siempre que se cumplan los requisitos. Pero no es así, puesto que el artículo tercero ya pone una profesión definida: la de médico.

Las condiciones y el procedimiento, según la ley, son las siguientes:

"1 - El médico que practica una eutanasia no comete infracción alguna si se ha asegurado de que:

el paciente es mayor de edad o menor emancipado, capaz y consciente en el momento de su petición.

la petición esta formulada de manera voluntaria, reflexiva y repetida y no es el resultado de una presión exterior.

El paciente se encuentra en una situación clínica sin salida que causa un estado de sufrimiento físico o psíquico constante e insoportable, que no puede ser paliado y que es el resultado de una afección accidental o patológica grave e incurable.

Debe respetar además las condiciones y procedimientos prescritas por la ley".

En este primer párrafo del artículo, quedan definidas las situaciones médicas en las que una persona puede pedir que se le practique la eutanasia.

Pero, naturalmente, no queda todo ahí; además de cualquier otra acción o medida que el médico considere oportuno, previamente y en todos los casos, el médico debe:

"1 - Informar al paciente sobre su estado de salud y su esperanza de vida, ponerse de acuerdo con el paciente sobre su petición de eutanasia y recordar con él las posibilidades terapéuticas posibles, así como sobre las posibilidades que ofrecen los cuidados paliativos y sus consecuencias. Debe de llegar, con el paciente, a la convicción de que no hay ninguna otra solución razonable en su situación y que la petición del paciente es totalmente voluntaria.

2 -Asegurarse de la persistencia del sufrimiento físico o psíquico del paciente y de su voluntad reiterada. Con este fin, mantendrá con el paciente varias entrevistas, espaciadas en unos plazos razonables a la vista de la evolución del estado del paciente

3 - Consultar con otro médico en cuanto al carácter grave e incurable de la enfermedad, precisándole las razones de la consulta. El médico consultado tendrá conocimiento de la historia clínica, examinará al paciente y se asegurará del carácter constante, insoportable y no paliable del sufrimiento físico o psíquico; deberá redactar un informe con sus constataciones. El médico consultado debe ser independiente, tanto respecto al paciente como al médico tratante y ser competente en la patología involucrada. El médico tratante debe informar al paciente sobre los resultados de esta consulta.

4 - Si existe un equipo asistencial en contacto regular con el paciente, debe analizar la demanda del paciente con el equipo o algunos de sus miembros.

5 - Si es voluntad del paciente, debe analizar la petición del paciente con los allegados que designe.

6 - Asegurarse de que el paciente ha tenido ocasión de conversar sobre su petición con las personas que el desea".

Basta con leer hasta aquí para intuir que la proposición de ley que sigue discutiéndose en

Bélgica tiene unas características muy especiales.

Durante el período de preparación para la eutanasia, el paciente va a estar, fundamentalmente, acompañado; se le deberá prestar atención sanitaria y soporte por parte de familiares y amigos. Eso al menos parece desprenderse del texto.

En otras palabras: se le pondrá en aquellas condiciones que, según diversos estudios, hacen que más del 90 % de enfermos que solicitan que se les practique la eutanasia, renuncian a ella. Prefieren seguir viviendo, con su sufrimiento ahora compartido.

La norma sigue ahora con otra posibilidad:

Si el médico opina que la muerte no va a producirse en un breve plazo, deberá además:

"1 - Consultar a un segundo médico, psiquiatra o especialista en la patología correspondiente, precisando las razones de la consulta. El médico consultado tendrá conocimiento de la historia clínica, examinará al paciente y se asegurará del carácter constante, insoportable y no paliable del sufrimiento físico o psíquico; deberá redactar un informe con sus constataciones. El médico consultado debe ser independiente, tanto respecto al paciente como al médico tratante y al primer médico consultado. El médico tratante debe informar al paciente sobre los resultados de esta consulta.

2 - Dejar transcurrir al menos un mes entre la



petición escrita del paciente y la eutanasia".

La ley establece que la petición debe ser documentada por escrito, redactada, fechada y firmada por el propio paciente. De no estar en condiciones de hacerlo, deberá hacerlo otra persona mayor, escogida por el enfermo, que no tenga ningún interés material en la muerte del paciente. En ese caso debe hacer constar las circunstancias que impiden firmar al paciente y asimismo, el nombre del médico que ha de practicar la eutanasia. Todos los documentos han de quedar en la historia clínica. Se señala que el paciente puede retirar su petición de eutanasia en cualquier momento y eliminar entonces el documento de la historia clínica.

Siguiendo con la exposición de la propuesta belga de despenalización de la eutanasia, se encuentra el Capítulo III, que aborda el problema de la formulación de un deseo de eutanasia en unas declaraciones anticipadas. Dice así:

"Todo mayor o menor emancipado capaz puede consignar por escrito, para la ocasión en la que no pueda manifestar su voluntad, una declaración en la que conste su voluntad de que un médico le practique la eutanasia si este médico constata:

- realidad que sufre una afección accidental o patológica grave e incurable.
- que está inconsciente.
  - que esa situación es irreversible según el estado actual de la ciencia.

La mencionada declaración puede designar a una o más personas de confianza mayores, clasificadas por orden de preferencia, que pongan al médico tratante al corriente de la voluntad del paciente. Cada persona de confianza reemplaza a la precedente en la declaración en caso de rechazo, impedimento, incapacidad o muerte. El médico tratante, el médico consultado, y los miembros del equipo cuidador no pueden ser designados como personas de confianza. La declaración puede realizarse en cualquier momento. Debe ser constatada por escrito, redactada en presencia de dos testigos mayores, al menos uno de los cuales no tendrá interés alguno tras la muerte del declarante, fechada y firmada por el declarante, por los testigos y si es el caso, por la o las personas de confianza".

Puede observarse que, en la norma, sigue patente un cuidado especial en involucrar a más personas en la autónoma decisión de la persona que anticipa su voluntad. Quizá sea un rastro de la tradicional beneficencia médica. Pero sigue la norma.

"Si la persona que desea hacer una declaración anticipada, está físicamente imposibilitada permanentemente para redactar y firmar por sí misma, su declaración puede ser formalizada por escrito por una persona mayor de su elección, que no puede tener ningún interés material en la muerte del declarante, en presencia de dos testigos mayores, al menos uno de los cuales tampoco tendrá ningún interés material en la muerte del declarante. La declaración debe ser fechada y firmada por la persona que

la ha formalizado, por los testigos y en su caso, por la o las personas de confianza. Se acompañara un certificado médico en el que conste las causas de la imposibilidad física permanente para redactar y firmar.

La declaración no puede ser tenida en cuenta si se ha manifestado o confirmado menos de cinco años antes del comienzo de la imposibilidad de manifestar su voluntad".

En este último párrafo del texto legal propuesto muestra de nuevo, una nueva garantía de protección de la persona.

A continuación se establece el sistema de mantenimiento de las declaraciones anticipadas, que deberá desarrollarse reglamentariamente

Y a partir de este punto, vuelve a regularse la intervención del médico.

"Un médico que practica una eutanasia, como consecuencia de una declaración anticipada, no comete infracción si constata que el paciente:

- sufre una afección accidental o patológica grave e incurable.
- está inconsciente.
- esa situación es irreversible según el estado actual de la ciencia.
- Y respeta las condiciones y procedimientos de la ley".

Como en el primer caso, comentado en el artículo anterior, debe consultarse a otro médico sobre el estado del paciente e informarle de la razón de la consulta. Ahora el receptor del informe es la persona de confianza designada en la declaración. También el equipo cuidador debe participar en la decisión, así como las personas más próximas al paciente.

Un corto capítulo IV señala que el médico que haya practicado una eutanasia, en los cuatro días hábiles siguientes, ha de remitir un documento a la Comisión Federal de control y evaluación.

Este documento consta de dos cuerpos. El primero de ellos contiene datos de identificación de todas las personas que han intervenido en el procedimiento (paciente, médicos, personas de confianza, etc.) y debe ser precintado por el médico; no puede ser consultado por la Comisión, salvo que una decisión de la propia Comisión, tomada por mayoría simple, lo permita.

En el segundo cuerpo se hacen constar datos anónimos que han servido para tomar la decisión de aplicar la eutanasia (sexo, edad, tipo de patología, clase de sufrimiento, fundamento de la voluntariedad de la petición de eutanasia, procedimiento aplicado, etc.).

Una vez recibido el documento, la Comisión estudia el contenido del segundo cuerpo para comprobar que se han seguido las normas previstas en la ley. Si surge alguna duda, por mayoría simple, la Comisión puede desvelar el anonimato y acceder a los datos contenidos en

el primer cuerpo del documento. En ese momento puede pedir datos complementarios al médico que ha practicado la eutanasia y acceder a la historia clínica del paciente (ahora ya cadáver).

Si la Comisión llega a la conclusión (por mayoría de dos tercios) de que no se ha respetado la ley, remite el expediente al Procurador del Rey (Ministerio Fiscal) que adoptará las medidas oportunas.

Finalmente, en unas disposiciones particulares, se hace alguna aclaración:

- 1 - La petición y la declaración anticipada no tienen carácter vinculante
- 2 - Ningún médico está obligado a practicar una eutanasia
- 3 - Ninguna otra persona está obligada a par-

ticipar en una eutanasia

- 4 - Si un médico rehusa practicar una eutanasia por razones médicas, debe dejar constancia de ello en la historia clínica
- 5 - La muerte por eutanasia, a efectos de contratos (particularmente los de seguros) tiene consideración de muerte natural.

Hasta aquí el contenido de la norma belga que, probablemente, será aprobada muy pronto.

No parece irracional. Aunque sigue adoleciendo del mismo defecto: carga al médico con lo más difícil, que es provocar la muerte de una persona, de manera intencionada.

Eso lo podría hacer cualquier persona de confianza que señalara el peticionario.

---

**FERNANDO A. VERDÚ PASCUAL**

*Profesor Titular de Medicina Legal y Forense*

---

**ANA CASTELLO PONCE**

*Doctora en Ciencias Químicas (Bioquímica)  
Universitat de València-Estudi General*