

EUTANASIA Y ENFERMOS TERMINALES

Aurelio Luna Maldonado

Facultad de Medicina, Universidad de Murcia E-30100 Espinardo- Murcia, España

RESUMEN

El análisis del problema de la eutanasia y de los enfermos terminales es de extraordinaria complejidad, la realidad clínica plantea situaciones difíciles para el derecho a una muerte digna, se requieren soluciones complejas que exigen definir un marco conceptual preciso. Tal es el caso de situaciones en las que la actuación médica puede plantear problemas como la reanimación cardiopulmonar, los recién nacidos con afecciones graves del sistema nervioso central y otras malformaciones severas y el testamento vital.

Palabras clave: eutanasia, enfermos terminales, muerte digna, ética médica, testamento vital

ABSTRACT

Euthanasia and treatment of terminal conditions are particularly complex subjects. Death with dignity requires special care when cardiopulmonary resuscitation, neonates with serious damage in the central nervous system, or other malformations, and the "vital will" are involved.

Key words: euthanasia, terminal condition, death with dignity, medical ethics, "vital will".

En el análisis del problema de la eutanasia y los enfermos terminales parece imposible introducir un elemento original en las reflexiones. Existen demasiadas palabras vertidas sobre la eutanasia y en torno a los enfermos terminales girando sobre una serie de elementos comunes que al final determinan un oscurecimiento del problema más que ayudar a su solución. Además la ideologización del debate junto a una contaminación afectiva y emocional han determinado una desnaturalización del mismo que incide directamente sobre sus resultados. Los profesionales sanitarios hemos caído en la tentación de apropiarnos excesivamente de una discusión, que puede que tenga una participación de la profesión médica, pero desde luego es un problema que trasciende y desborda el ámbito exclusivamente médico. Etimológicamente, la palabra *eutanasia*, derivada del griego (eu = bueno; *tanatos* = muerte), significa buena muerte. Siguiendo el esquema de **Santidrian (1989)**, pueden

encontrarse en el transcurso de la historia tres usos de este término con diferente contenido conceptual.

En el contexto grecorromano, el uso de esta palabra hacía referencia al hecho de morir bien o morir sin dolor, sin incluir ningún tipo de ayuda al morir. En la Edad Media e inicio del Renacimiento, imbuidos por la doctrina cristiana, se realiza una interpretación ascético-religiosa. El concepto en su acepción actual surge en el Renacimiento. Aunque en algunos textos se cita a Francis Bacon como creador del término *eutanasia* en su obra *Novum Organum (1620)*, este término no se encuentra en el texto latino original, apareciendo con claridad el concepto de eutanasia en la *Utopía* de Tomás Moro, en el *Diálogo del Consuelo*, donde se centra el problema en la medicina y la moral. A partir de ese momento (Siglo XVII), el término eutanasia pierde en parte su significado etimológico y comienza a significar «la acción

médica por la cual se acelera el proceso de muerte de un enfermo termina o se le quita la vida». La eutanasia es un concepto cuyo contenido, desde un punto de vista coloquial, ha sido desnaturalizado y se utiliza de forma confusa. La eutanasia está siempre relacionada con la muerte de una persona que sufre de forma irreversible, ante cuya situación otra trata de mitigar tal sufrimiento aun a costa de que pierda la vida, y muchas veces a petición de la misma. A partir de aquí, podemos entender la eutanasia como aquella conducta o comportamiento tendente al cese o mitigación de los sufrimientos de otra persona, cuando tal conducta o comportamiento implica necesariamente la producción directa de la muerte o el aceleramiento de su producción, **Luna Maldonado y Osuna (1998)**. Esta conducta podrá comprender un *no hacer*, o *dejar de hacer* algo que mantenga vivo al sujeto, o en un *hacer algo* que produzca su fallecimiento. La clasificación de los diferentes tipos de eutanasia se centra en la conducta que lleva a cabo una tercera persona, **Luna Maldonado y Osuna (1998)**. Podemos encontrarlos ante: 1. Una conducta omisiva (*un no hacer*).

2. Una conducta activa indirecta (*un hacer indirecto*), consistente en aplicar terapéuticas analgésicas con la intención primordial de aliviar los dolores del sujeto, pero sabiendo que aceleran el fallecimiento del sujeto.

Una conducta activa directa (*un hacer directo*), que conlleva la muerte del paciente por motivos humanitarios, con el consentimiento del mismo, cuando se enfrenta a una muerte próxima o anticipada, patológica o traumática, inevitable y dolorosa, cuando su calidad de vida es ínfima, siendo imposible para el paciente ocasionarse su propia muerte, o bien ante un estado de inconsciencia profundo e irreversible.

Cuando nos referimos a una calidad de vida ínfima hacemos referencia a situaciones de pérdida o inutilización de órganos, miembros o sentidos, hasta el punto de que el paciente queda totalmente inmovilizado. Se trata, pues, de situaciones de invalidez, que no tienen por qué ser dolorosas, desde el punto de vista físico, en las que hay imposibilidad de la persona de valerse por sí misma y necesidad de asistencia de terceras per-

sonas total y de forma permanente y para cualquier tipo de tarea que implique la más mínima actividad. Esta situación ha de ser tal que incluso el propio sujeto no podría quitarse la vida, pero no por falta de decisión, sino por imposibilidad de ejecución.

El tema es de extraordinaria complejidad, si bien es fácil una delimitación conceptual entre los diferentes tipos de eutanasia, la realidad clínica plantea situaciones en que los límites entre una modalidad y otra son difícilmente definibles.

EUTANASIA PASIVA Viene caracterizada fundamentalmente por una conducta omisiva. El médico no aplica medidas extraordinarias de tratamiento y deja seguir el proceso, limitándose a aliviar el dolor y el sufrimiento del paciente, Constituiría el equivalente a dejar morir al paciente. Podemos definirla como la no implantación o la supresión (en este caso nos encontramos ante una acción) de procedimientos técnico-médicos tendentes a prolongar artificialmente la vida de una persona que padece una enfermedad incurable y se encuentra en fase terminal. Evidentemente, el límite entre la eutanasia pasiva y la activa es difícil de establecer. **EUTANASIA ACTIVA** Hay una actuación que acelera el fallecimiento del sujeto. A su vez, pueden considerarse las siguientes situaciones: **Eutanasia activa indirecta**, que consiste en la aplicación de técnicas o la administración de medicamentos a una persona con una enfermedad incurable y dolorosa, con el fin primordial de paliar sus padecimientos, y que provoca como efecto secundario un acortamiento de su vida. Nos encontramos ante el principio del doble efecto, que presenta unos riesgos fácilmente evidenciables. Si la decisión de aplicar el fármaco para aliviar el dolor supone la única vía posible para ayudar a no sufrir al enfermo agonizante que pide el alivio de su sufrimiento, el riesgo de un acortamiento de la vida puede ser asumido por el médico.

Eutanasia activa directa, en la que hay una actuación directa encaminada a acortar la vida del paciente. En la actualidad, es identificable de forma absoluta con el homicidio rogado; es decir, llevar a cabo la muerte de una persona a petición de ésta, ante el padecimiento de una enfermedad incurable y

dolorosa que determina un estado de posturación o bien una calidad de vida ínfima, en que le resulta imposible realizar la más mínima actividad, necesitando la asistencia constante y total de terceras personas. Son, por tanto, las características definitorias de este concepto: Ejecución directa de la muerte, A petición del enfermo Que por sí mismo no puede hacerlo.

Hemos de dejar bien claro que en estas circunstancias la aplicación de medidas que desembocan en la muerte del enfermo cuenta con el consentimiento de éste. En aquellos casos en los que se actúa sin el consentimiento la conducta es totalmente identificable con el homicidio voluntario.

En el ordenamiento jurídico español en el caso de que el médico proporcione los medios adecuados al enfermo, podría considerarse como inducción o cooperación al suicidio, recogido en el Código penal, en su artículo 143 del Título 1, relativo al homicidio y sus formas.

Art. 143. 1. El que induzca al suicidio de otro será castigado con la pena de prisión de cuatro a ocho años.

2. Se impondrá la pena de prisión de dos a cinco años al que coopere con actos necesarios al suicidio de una 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 cooperara 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 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.

El Código penal español (Ley Orgánica 10/95, de 23 de noviembre) en el apartado 4 del artículo 143 recoge en relación con el caso del homicidio rogado: «el que causare

o cooperara 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 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». Al analizar este problema surge la siguiente pregunta: ¿es la vida un valor absoluto, que prevalece en todo momento y que se constituye como núcleo de los restantes derechos, o posee más bien un valor relativo que cede en determinadas circunstancias y bajo ciertas condiciones? En nuestro Código penal, en su artículo 20, hay determinadas circunstancias (regulación de la legítima defensa, cumplimiento de un deber, oficio o cargo, y regulación del estado de necesidad) en las que se autoriza a disponer de la vida de otro sujeto, contra su consentimiento, cuando se vean en peligro o lesionados otros bienes o derechos propios o ajenos, o también la obligación de determinados sujetos de correr ciertos riesgos y poner en peligro sus vidas.

A esto hemos de añadir que en nuestro ordenamiento jurídico, en la cúspide de la jerarquía de valores no se encuentra la vida. Por ejemplo, en el artículo 1.1 de la Constitución se señalan como valores superiores del ordenamiento jurídico la libertad, igualdad, justicia y pluralismo político, sin que se aluda a la vida. De ahí que se afirme, junto a la inexistencia de un deber de matar al sujeto que sufre, la inexistencia de un deber de vivir en situaciones límite, insostenibles para el individuo **Martinez Gomez y Alonso Tejuca (1992)**.

Frente a esta posturas, nos encontramos con aquellas que dan una prevalencia al derecho a la vida, recogido en el artículo 15 de la Constitución, sobre los restantes derechos del ordenamiento jurídico. Este hecho se refleja en diversas sentencias del Tribunal Constitucional, que entienden que el ordenamiento jurídico recae en última instancia sobre la propia existencia del ser humano y que existe un derecho fundamental a la vida y a la integridad física como valores nuclear-

es de la persona humana y soporte de todos sus restantes derechos y libertades. El debate sobre estos temas es extraordinariamente amplio y abarca posturas abiertamente irreconciliables.

Ahora bien, el planteamiento, en vez de determinar si, en abstracto, la vida es un valor superior a la libertad o viceversa, podría ser decidir si la vida es un bien jurídico del que libremente puede disponer su titular, **Zugaldia Espinar (1987)**. El derecho a la disposición de la propia vida es algo permitido y no reprochado por nuestro ordenamiento jurídico. El suicidio frustrado o el intento de suicidio no se encuentran penados. Por el contrario, implicar a los demás en esa disposición sí se encuentra vedado; por tanto, en la disposición de la propia vida no se tiene el derecho de implicar a los demás.

Nos encontramos ante un **derecho a la disposición del propio cuerpo**, pero también ante **una obligación de respetar la vida ajena**. Una cosa es el derecho a disponer por sí mismo de la propia vida y otra muy distinta que se pueda implicar a los demás en la disposición de la vida propia, que para ellos (en la medida de terceros) es vida ajena. Pero ¿qué ocurre cuando el sujeto consiente una intromisión en su propia vida? Y, en concreto, planteémonos una situación de postración en la que el sujeto es incapaz de provocarse su propia muerte, sin implicar a una tercera persona, situándonos en un contexto diferente a aquel en el que el individuo no tiene el valor suficiente para provocarse su muerte, por lo que se solicita de otro que la lleve a cabo.

El 30 de noviembre de 1993, el Senado holandés aprobó el proyecto de ley que exculpaba a los médicos que practicasen la eutanasia en los siguientes supuestos: tratarse de una enfermedad grave e irreversible, dolores insoportables y agotamiento de otros recursos. Esta ley daba carta legal a una práctica tolerada en diferentes sentencias de Tribunales holandeses que exculpaban a médicos que practicaban la eutanasia por compasión. Recientemente se han ampliado los supuestos, pudiéndose aplicar también a enfermos incurables que no están en fase terminal, tanto si el sufrimiento es físico como psíquico. En la legislación española la

eutanasia activa directa sería, en cualquier caso, un homicidio y, en el supuesto de que el médico proporcionara los medios adecuados al enfermo, podría calificarse según las circunstancias, como inducción o cooperación al suicidio (art. 143 del Código penal). **CÓDIGO DE DEONTOLOGÍA MÉDICA ESPAÑOL: Art. 117. El médico debe evitar emprender acciones terapéuticas sin esperanza cuando supongan molestias o sufrimiento innecesarios para el enfermo. Respetará profundamente el derecho que tiene el enfermo a una muerte digna, acorde con su condición humana.**

Art. 118. La decisión de poner término a la supervivencia artificial de un coma irreversible sólo se tomará en función de los más rigurosos conocimientos científicos y con la colaboración de una comisión apropiada que autentifique y acepte la irreversibilidad del coma.

Hay que precisar que, en cualquier caso, el médico no es ni el dueño ni el administrador de la vida del paciente, ni los familiares pueden decidir en cuestiones absolutamente intransferibles que deben ser abordadas por el propio enfermo, **Luna Maldonado (1977)**. Es evidente que el respeto a las decisiones libre y conscientemente tomadas por un enfermo terminal es una norma que hay que seguir en la actuación médica. En este sentido, los problemas del consentimiento cobran una dimensión especial. El médico, como profesional que aporta su ciencia y su arte al enfermo moribundo, mantiene una relación profesional en la que el beneficio del enfermo puede interpretarse de forma diferente según la perspectiva en que se analice. El papel del médico no es, o no debe ser, definir cuál es el beneficio del paciente en términos generales. Debe reducirse a aplicar sus conocimientos técnicos a mejorar las condiciones del proceso morboso y, en su caso, a conseguir las mejores condiciones para el desarrollo de la agonía, manteniendo la dignidad del paciente en la mayor medida posible. En aquellos casos en los que el enfermo lo solicite, la aplicación de medidas contra el dolor, aun a costa de privarle al enfermo de su conciencia, es algo legítimo desde el

punto de vista ético.

Detrás del debate actual sobre la eutanasia, existe un trasfondo firmemente asentado sobre la situación actual de la asistencia a los enfermos moribundos y el desfase sobre los modernos avances tecnológicos y la calidad de la asistencia en el plano humano. La frase «derecho a morir con dignidad» u otras equivalentes aparecen en todos los manifiestos a favor de la legalización de la eutanasia. Perder el sentido de la perspectiva, al analizar estos hechos, nos llevaría a considerar el problema en términos médicos restrictivos que enmascaran gran parte de los matices que configuran el debate actual sobre la eutanasia.

El movimiento para la legalización de la «eutanasia voluntaria» (a requerimiento del propio enfermo) surge de forma organizada en Londres, en 1935, año en el que el Dr. Killick Millard fundó la *Euthanasia Society*, cuyo objetivo era: «Crear una opinión pública favorable a la idea de que la persona adulta con una enfermedad mortal, para la cual no se conoce tratamiento, debe tener derecho legal a la gracia de una muerte indolora, siempre y cuando ése sea su deseo expreso, y favorecer la legislación que así lo consagre».

El problema esencial no es tanto el miedo a la muerte, sino el miedo a la angustia y el dolor ante la muerte y la agonía. ¿Qué ha ocurrido con la medicina para convertirse en un elemento amenazador?, ¿Porqué hemos generado un ambiente de desconfianza hacia ciertas actuaciones terapéuticas?. Las contestaciones simples resultan claramente insatisfactorias, muchos son los matices que inciden en este problema, algunos muy fáciles de identificar pero otros están insertados en esferas ocultas de nuestra afectividad.

No creo que el hombre actual que conoce el porqué de multitud de procesos físicos y químicos y que ha encontrado una serie de respuestas desde la ciencia a muchos problemas, haya encontrado la respuesta a las interrogantes que plantea la muerte, es más, nuestra civilización nos ofrece multitud de argucias para eludir enfrentarnos a este problema. Ante la muerte lo mejor es no pen-

sar en ella, y por supuesto evitar ser conscientes de su realidad, no estar presentes cuando nuestra muerte ocurra.

Esta actitud nos obliga a un ejercicio continuo de evasión ante todo lo que pueda suponer recordarnos la existencia de la muerte, y dentro de esta última situación la angustia y el dolor derivados de la enfermedad.

Entiendo que discutir sobre la capacidad de decidir cuando la vida merece o no la pena de ser vivida, es un problema ético y filosófico, que incide sobre los límites de la capacidad de decisión sobre uno mismo. La respuesta jurídica a este debate esta teñida de un planteamiento ético que refleja un contexto ideológico y una jerarquización de los principios éticos. Sin embargo debemos reflexionar porqué cristaliza este debate en torno al enfermo terminal y/o incurable y no sobre la legalización o despenalización de la ayuda al suicidio, que elementos marcan la diferencia y porqué hemos medicalizado excesivamente la discusión.

Existe una diferencia en el concepto de suicidio y en la decisión de un enfermo terminal, esta diferencia viene de la mano del concepto de inminencia de la muerte y de la diferente valoración del sufrimiento ante un acontecimiento biográfico desfavorable, y ante la inminencia de la muerte en un proceso incurable. Hemos contextualizado el suicidio en el terreno de la patología mental, un suicida es un enfermo depresivo que carece de capacidad de otorgar un consentimiento válido. Un enfermo terminal que decide morir para evitar un sufrimiento físico y/o psíquico es alguien a quien comprendemos bien porque participamos en mayor o menor grado de la ansiedad ante el proceso de la agonía.

La medicina y los profesionales sanitarios constituimos la punta de lanza en la lucha que nuestra cultura mantiene contra la enfermedad y la muerte, nos hemos constituido en una herramienta que ayuda a conjurar miedos y temores. La existencia de un hospital es un elemento tranquilizador para la población próxima que se siente más segura al disponer a mano de un recurso sanitario. Pero la medicina ha desarrollado una serie

de conductas que se perciben con una evidente carga de ansiedad social al no comprender muy bien el alcance de las mismas. El concepto de muerte cerebral todavía no es aceptado por muchas personas que asumen que una respiración asistida es una evidencia de vida, pero sobre todo es el miedo al dolor, la angustia ante la inminencia de la muerte lo que determina la génesis del debate actual sobre la eutanasia.

Podemos manipular la agonía, en esta línea el encarnizamiento terapéutico es una prueba del poder de la técnica actual, la muerte como proceso y la muerte como realidad son dos conceptos que interactúan en nuestros esquemas lógicos, al actuar sobre la muerte- proceso, retrasando el momento puntual del fallecimiento estamos dominando la muerte como realidad. Este sistema de pensamiento que se sitúa más en el terreno del pensamiento afectivo-simbólico que en el lógico-racional, está instaurado de forma inconsciente en muchas actitudes terapéuticas. En nuestra sociedad la muerte en el hospital se inscribe en muchos casos dentro del concepto de fracaso terapéutico, algo se ha hecho mal cuando el enfermo ha fallecido, mientras que el concepto de muerte como destino ineludible, se acepta fuera del contexto médico.

La movilización social se articula sobre el concepto del derecho a una muerte digna, nuestra obligación debe centrarse en contestar a dos preguntas: ¿qué elementos definen una muerte indigna?, ¿qué confiere dignidad a una muerte?

Hablar de dignidad en una situación límite como la muerte no es fácil, si pretendemos estructurar una respuesta clara. Cada persona puede proporcionarnos desde su subjetividad una definición diferente, quizás lo más simple sea analizar el problema en negativo, es decir que circunstancias caracterizan como indigna una agonía. Dos son los elementos esenciales que aparecen en la mayoría de las respuestas, en primer lugar, el prolongar una agonía sin sentido y en segundo lugar mantener una situación contra toda esperanza a costa del dolor y la angustia del enfermo. ¿Es lógica esta actitud? o bien responde a un prejuicio sin fundamento, no creo que nuestra actitud terapéutica busque

deliberadamente algunas situaciones (comas prolongados, estado vegetativo persistente, etc), sin embargo nuestro arsenal terapéutico presenta unos efectos colaterales evidentes que por ser mal comprendidos van a distorsionar seriamente la percepción que se tiene desde fuera de nuestra profesión. Los protocolos para establecer la conducta ante una reanimación cardiopulmonar nos ofrecen una serie de indicaciones aparentemente bien definidas en teoría, pero muy confusas en las situaciones límites. Para muchas personas no iniciar unas maniobras de reanimación puede suponer una actitud negligente, aun cuando el sentido común nos imponga en ese caso concreto esa actuación terapéutica. Cómo explicar cuando tiene sentido y cuando no unas maniobras de reanimación, sobre todo en una situación concreta donde la situación emocional de los familiares y la urgencia del caso no facilitan un intercambio fluido de información.

Las soluciones son complejas y exigen definir un marco conceptual preciso. No es fácil estructurar una clasificación jerarquizada en torno a las condiciones de dignificación del sufrimiento o cuando el dolor tiene un sentido y cuando no. Esto nos introduce en un terreno lleno de subjetividad, en última instancia es el propio individuo el que tiene que responder, sobre su vida y sobre su esquema de valores. Pero el problema desborda la subjetividad cuando se plantea en el contexto sanitario. Como ejemplo de situaciones en las que la actuación médica puede plantear estos problemas vamos a analizar someramente, la reanimación cardiopulmonar, los recién nacidos con afectaciones graves del sistema nervioso central y otras malformaciones severas y el testamento vital.

LA REANIMACIÓN CARDÍO-PULMONAR La aplicación de maniobras de reanimación es un hecho frecuente que se realiza en servicios de urgencia y en unidades de cuidados intensivos con más frecuencia que en otros campos del quehacer terapéutico. Es un conjunto de medidas tendentes a restaurar las funciones cardiorespiratorias y que no plantean ninguna duda para su aplicación en procesos agudos o crónicos, donde la recuperación del enfer-

mo supone un conjunto de expectativas favorables para el mismo.

Por otra parte, en la actualidad, la restricción terapéutica más ampliamente utilizada es la denominada "**orden de no resucitar**", por la que el paciente decide la no instauración de medidas de reanimación en caso de parada cardiorespiratoria. Son numerosos los conflictos que se pueden plantear ante situaciones en las que se requiere la adopción de medidas de reanimación y existe un orden de no resucitar.

Ante la inexistencia de ésta, pueden surgir interrogantes como los siguientes: ¿cómo actuar en el caso de un enfermo terminal?, ¿cuándo no se deben aplicar estas maniobras?, ¿quién debe establecer los criterios de aplicación?. Estas y otras preguntas no plantearían serias dudas en el supuesto de unas relaciones médico-paciente bien estructuradas, con un adecuado nivel de comunicación mutua, en las que el médico conoce la opinión del enfermo y las decisiones que éste tome respecto a su futuro.

Cuando se conoce la voluntad, libre y conscientemente expresada del paciente, el médico debe respetarla, **Luna Maldonado (1985)**. En caso contrario, la presunción inicial es que el paciente desearía que lo reanimaran. No obstante, existen situaciones puntuales en enfermos terminales que llevan tiempo en coma, en que el sentido común más elemental plantea serias dudas en cuanto a la pertinencia de la aplicación de medidas de reanimación.

Es difícil establecer criterios estrictos fuera de las condiciones reales de cada caso y, en último término, será la propia conciencia del médico la que determine qué es lo mejor para el enfermo, previas consultas y discusión con los familiares más próximos al paciente. Evidentemente, esto plantea muchas limitaciones, pero no existen, por desgracia, soluciones genéricas que puedan aplicarse en cualquier caso.

El médico no es el señor de la vida y la muerte, ni debe ser el profesional encargado de seleccionar a los seres humanos con derecho a morir o a seguir viviendo. Consideraciones tan poco precisas como el

bienestar del enfermo o la dignidad de la persona son de difícil valoración. En un trabajo anterior, **Pacheco y col (1994)** hemos puesto de manifiesto las dificultades reales que presenta la aplicación práctica de los testamentos vitales.

RECIÉN NACIDOS CON AFECTACIONES GRAVES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL Y OTRAS MALFORMACIONES

Una situación particularmente difícil es la de los recién nacidos con problemas graves del sistema nervioso central. En estos casos, la decisión tomada por los padres o tutores, según nuestro ordenamiento jurídico, nunca puede ir en contra de los intereses del tutelado. De nuevo podemos encontrarnos en una difícil encrucijada: ¿quién define los intereses del tutelado?: ¿el médico?, ¿los padres?, ¿un tribunal? Todo puede girar en torno al pronóstico inicial del proceso y a la información proporcionada por el médico a los padres, sin olvidar que el margen de certeza en los diagnósticos y pronósticos nunca será del 100 %, oscilando el margen de error en función de las características concretas de cada caso.

En Estados Unidos se crearon los *Infant Core Review Committees*, que tienen como misión revisar los casos que afectan a niños en situaciones límite. En estos Comités no se incluyen a los padres en sus deliberaciones. La *President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine* recomendó la creación de un Comité de Ética Infantil para la revisión de las decisiones sobre el abandono del tratamiento para mantener la vida en recién nacidos gravemente enfermos. Una revisión amplia de este problema puede encontrarse en el *Informe Hastings*.

En última instancia, sea cual fuere el método elegido para tomar una decisión, se plantea su validez ética y jurídica. En cualquier caso, no debe confundirse el hecho de no aplicar una determinada intervención quirúrgica con el de la suspensión de unas medidas de mantenimiento de las constantes vitales. Nunca sería admisible, desde el punto de vista ético y jurídico, la desconexión o suspensión de las medidas de mantenimiento, que, una vez instauradas, deben mantenerse hasta el fallecimiento o recuperación del recién nacido. Sin embargo,

este principio general requiere una serie de matizaciones. El desarrollo de las técnicas de reanimación permite el mantenimiento de las constantes vitales en pacientes sin capacidad de mantener una función respiratoria y cardiocirculatoria autónomas. El límite entre la asistencia médica y el encarnizamiento terapéutico dependerá de las circunstancias y pronóstico de cada caso.

EL TESTAMENTO VITAL Se conoce también con la expresión «testamento biológico» y deriva de la expresión inglesa *living will*. Surgió como consecuencia del incremento de pacientes ancianos con enfermedades crónicas y sin posibilidades de recuperación y la controversia que suponían la aplicación y mantenimiento de medidas terapéuticas extraordinarias, que en muchos casos incrementaban el sufrimiento del paciente.

El testamento vital es un documento escrito, preparado por el sujeto mientras es mentalmente competente, en el que se especifican los tratamientos que no deben ser iniciados o interrumpidos en caso de que la persona, afectada por una enfermedad incurable en fase terminal, sea incapaz de tomar por sí misma las decisiones necesarias.

La fórmula del testamento vital apareció en Estados Unidos durante la década de los años setenta, con la adopción de la *Ley sobre la Muerte Natural (Natural Death Act)*, aprobada por el estado de California, en 1976. Esta ley introdujo una modificación, en el sentido de reconocer el derecho de la persona adulta, con capacidad de decisión, a dar instrucciones escritas a su médico para interrumpir o retirar procedimientos de mantenimiento de la vida ante una situación terminal. Surgió fundamentalmente a instancias de los administradores y médicos hospitalarios ante el alarmante incremento de demandas de responsabilidad civil en su contra. A partir de entonces la práctica totalidad de estados americanos fueron adoptando legislaciones más o menos similares.

El desarrollo de la *Natural Death Act* ha contribuido a su expansión por diferentes países europeos, en los que numerosas asociaciones promueven su difusión como medio de limitar las prácticas de encarniza-

miento terapéutico, devolviéndole al sujeto el control sobre su propia muerte. Sin embargo, en estos países no está reconocido ni sancionado por la ley y carece de estricto valor legal. Como rasgos comunes, estas legislaciones exigen para la validez del testamento vital que sea un documento firmado ante testigos independientes, que sólo entra en vigor catorce días después de su redacción y revocable en cualquier momento. El documento tiene una validez limitada de cinco años y el estado de «fase terminal» debe ser confirmado por dos médicos.

Las cuestiones que se plantean vienen a ser similares a las comentadas en otros apartados del presente trabajo: ¿cómo saber si una enfermedad está realmente en fase terminal?, ¿cómo estar seguros de que el enfermo mantiene la voluntad expresada con anterioridad?, ¿cómo actuar ante una colisión entre las opiniones discrepantes de la familia, del equipo terapéutico y del sujeto manifestadas en su testamento vital?, por otra parte, la negativa de un sujeto a firmar un testamento vital, ¿se puede entender como la voluntad del paciente de combatir la muerte por todos los medios posibles hasta el final? El testamento vital trata de preservar la dignidad humana hasta el final de la vida, respetando la autonomía del paciente sobre su propia muerte y es la respuesta a la práctica de una medicina defensiva lejana del interés del paciente.

Es evidente el riesgo que supone particularizar. Pero la realidad plantea situaciones muy diferenciadas que requieren respuestas adaptadas a las peculiaridades de cada caso. Existen situaciones en las que la suspensión de los medios extraordinarios de mantenimiento de las funciones vitales está plenamente justificada. La práctica clínica no permite, por su complejidad, elaborar un listado de situaciones con las soluciones para cada caso. Simplificar en exceso sería ocultar la realidad y falsearla. Nos movemos en un terreno difícil, donde es más fácil generar dudas que resolverlas.

Literatura citada

BAUDOUIN, J. L., y BLONDEAU, D.: *La ética ante la muerte y el derecho a morir*. Herder, Barcelona, 1995.

CARSE, J. P.: *The social effects of changing attitudes towards death*. Ann. N.Y. Acad. Sci., 315, 322-

Aurelio Luna Maldonado / Eutanasia y Enfermos Terminales

328,1978.

CORDÓN LÓPEZ, A.: Eutanasia. Derecho a morir dignamente. *Med.Clin.*, 104, 92-93, 1995.

LUNA MALDONADO, A.: Derecho a morir. En *Deontología, Derecho y Medicina*. Colegio Oficial de Médicos, Madrid, 1977.

LUNA MALDONADO, A.: El consentimiento para la actuación médica en los enfermos terminales. En LUNA, A. (dir.): *El derecho en las fronteras de la Medicina*. Publicaciones de la Universidad de Córdoba, Córdoba, 1985.

LUNA MALDONADO, A. y OSUNA CARRILLO DE ALBORNOZ E.: *La muerte como fenómeno social*.

Eutanasia y distanasia. 143-162 En GIBBERT CAL-ABUIG J.A. "*Medicina Legal y Toxicología*", Edit. Masson S.A., Barcelona 1998.

MARTÍNEZ GOMEZ, M., y ALONSO TEJUCA, J. L.: *Aproximación jurídica al problema de la eutanasia*. La Ley, 3048, 1-8, 1992.

PACHECO, R.; OSUNA, E.; GOMEZ ZAPATA, M., y LUNA, A.: *Medicolegal problems associated with do not resuscitate orders*. *Med. Law.*, 13, 461-466, 1994.

SANTIDRIÁN, P. R.: *Clarificación del concepto de Eutanasia*. En VIDAL, M. (dir.): *Bioética. Estudios de Bioética racional*. Technos, Madrid, 1989.