



INTERPSIQUIS

Congreso Virtual Internacional de Psiquiatría, Psicología
y Enfermería en Salud Mental

EVOLUCIÓN HISTÓRICA DEL CONCEPTO DE EUTANASIA

HISTORICAL EVOLUTION OF THE EUTHANASIA CONCEPT

Manuel Martín Carrasco

mmartin.mennipamplona@hospitalarias.es

eutanasia, suicidio asistido, psiquiatría

euthanasia, aided suicide, psychiatry

RESUMEN

El debate sobre la legalización de la eutanasia y el suicidio asistido afecta a muchas personas, entre ellos médicos, otros profesionales de la salud, especialistas en ética y derecho de la salud, políticos y el público en general. Con frecuencia es un tema muy conflictivo y, a pesar de su importancia, los participantes en el debate a menudo están mal informados o mal orientados. Por lo tanto, es esencial que los profesionales de la salud y particularmente los psiquiatras tengan una buena comprensión y conocimiento sobre este asunto. Esta presentación responde a la necesidad de una revisión actualizada y completa de conceptos relevantes y cuestiones éticas, desde un punto de vista histórico y evolutivo. Su objetivo es impartir información básica y revisar los principios fundamentales útiles en la toma de decisiones éticas en relación con la atención médica al final de la vida. En la misma se pasan revista a los argumentos presentados por los defensores y opositores de la legalización de la eutanasia junto con los desarrollos legales en este tema.

Finalmente, también se aborda un aspecto del debate que a menudo no se tiene en cuenta: las consecuencias más amplias que la legalización de la eutanasia podría tener en la profesión médica, las instituciones sanitarias y judiciales, y la sociedad en general.

El autor apoya el rechazo de la eutanasia en la creencia de que infligir la muerte intencionalmente a otro ser humano es intrínsecamente incorrecto. Incluso si no fuera así, los riesgos y los daños de legalizar la eutanasia superan cualquier beneficio. Las alternativas éticas y clínicas a la eutanasia están disponibles, o deberían estarlo, y la eutanasia es absolutamente incompatible con la obligación fundamental de sanar, aliviar o consolar que tienen los médicos.

EVOLUCIÓN HISTÓRICA DEL CONCEPTO DE EUTANASIA

ABSTRACT

The debate about the legalization of euthanasia and aided suicide affects many people, including doctors, other health professionals, specialists in health ethics and law, politicians and the general public. It is often a very conflicting issue and, despite its importance, the participants in the debate are often poorly informed or misguided. Therefore, it is essential that health professionals and particularly psychiatrists have a good understanding and knowledge about this matter. This presentation responds to the need for an updated and complete review of relevant concepts and ethical issues, from a historical and evolutionary point of view. Its objective is to impart basic information and review the fundamental principles useful in making ethical decisions regarding medical care at the end of life. In it, the arguments presented by the defenders and opponents of the legalization of euthanasia are reviewed together with the legal developments on this issue. Finally, an aspect of the debate that is often not taken into account is also addressed: the broader consequences that the legalization of euthanasia could have on the medical profession, health and judicial institutions, and society in general.

The author supports the rejection of euthanasia in the belief that intentionally inflicting death on another human being is inherently wrong. Even if not, the risks and harms of legalizing euthanasia outweigh any benefits. Ethical and clinical alternatives to euthanasia are available, or should be, and euthanasia is absolutely incompatible with the fundamental obligation to heal, relieve or comfort that doctors have.

INTRODUCCIÓN

Actualmente, la eutanasia o muerte asistida por médicos (EMAM) está legalizada en una serie de países o en distintas jurisdicciones de países, como Holanda, Bélgica, Luxemburgo, Suiza, Canadá, Colombia y algunos estados de los EE.UU. Las legislaciones son diversas, pero en todas se admite el derecho de la persona a solicitar en determinadas circunstancias la aplicación de un procedimiento médico que termine con su vida. Hay otros muchos países, entre ellos España, que se están planteando la promulgación de leyes encaminadas a regular la eutanasia, y existe ya una Proposición de Ley orgánica en este sentido¹.

¹ Proposición de ley orgánica sobre la regulación de la eutanasia. http://www.congreso.es/public_oficiales/L14/CONG/BOCG/B/BOCG-14-B-46-1.PDF. Fecha de consulta: 17/04/2020

EVOLUCIÓN HISTÓRICA DEL CONCEPTO DE EUTANASIA

Evidentemente, se trata de un asunto que incide directamente en la forma de entender y practicar la medicina, por lo que estas medidas legislativas se vienen acompañando de un encendido debate entre partidarios y detractores. En este contexto, es sumamente importante tener una visión clara del problema, y sopesar cuidadosamente los argumentos a favor y en contra. Es muy probable que no se trate de un ejercicio teórico, dado que, si la proposición de Ley sale adelante en los términos en las que está redactada, cualquier médico podrá recibir una solicitud de EMAM por parte de un paciente, y sin duda los psiquiatras, entre otros especialistas como oncólogos o geriatras, seremos más susceptibles de recibirlas, y tendremos que optar ante la posibilidad de objeción de conciencia que plantea la Ley.

Una primera cuestión para considerar es porqué se produce ahora este debate. La respuesta tiene consideraciones sanitarias y sociológicas. Durante la mayor parte de la historia humana, el médico podía hacer poco para evitar la muerte. Sin embargo, los progresos en el campo de la sanidad pública, la prevención y los tratamientos han producido una prolongación de la vida humana sin precedentes, especialmente en los países desarrollados. En los países de nuestro entorno, la mayoría de los fallecimientos ocurren ahora a una edad avanzada, a causa de enfermedades no transmisibles, con un curso crónico seguido de una fase terminal. La prolongación de la vida a causa de los adelantos técnicos puede traer asociados efectos no deseables, tales como dolor, incapacidad, o malestar intenso. El uso indiscriminado de estas tecnologías ha conducido también al llamado "ensañamiento terapéutico" u "obstinación terapéutica", que, por tratar de conservar la vida a toda costa, llega a ser desproporcionado².

A la vez, se ha producido un cambio en el modelo ético/legal médico, de manera que en la actualidad el principio de autonomía prima sobre el de beneficencia. Por lo tanto, el paciente tiene derecho a elegir su tratamiento o a discontinuarlo, siempre que tenga capacidad para ejercitar este derecho, con independencia de las consecuencias.

Por otra parte, y a pesar de que se publican encuestas en las que amplios sectores de la población en diversos países se muestran partidarios de la eutanasia, los porcentajes no son tan abrumadores cuando se refiere a aplicación a uno mismo o a familiares cercanos, lo que parece indicar que hay una confusión de conceptos entre eutanasia y otros conceptos cercanos, como limitación del esfuerzo terapéutico.

² Grupo de Estudios de Ética Clínica de la Sociedad Médica de Santiago (2011). Euthanasia and medical act. Rev Med Chil, 139(5): 642-654.

EVOLUCIÓN HISTÓRICA DEL CONCEPTO DE EUTANASIA

Las encuestas tampoco entran en aspectos más sutiles como la aplicación a enfermos mentales o disminuidos psíquicos, o simplemente a personas que sin razón aparente, no desean seguir viviendo³, y cuando lo hacen, nos encontramos a veces con resultados sorprendentes. Por ejemplo, un estudio canadiense⁴ encontró que la mayoría de los psiquiatras no apoyan la legalización de la EMAM para enfermedades mentales, a pesar de ser bastante partidarios de la misma en general. Las objeciones se basaban en la preocupación por vulnerabilidad de estos pacientes, objeciones morales personales y la preocupación por el efecto que tendría sobre la alianza terapéutica.

Por lo tanto, parece evidente que es necesaria una clarificación de conceptos en un tema en el que en el fondo, se dirimen valores fundamentales como el concepto de persona, el valor de la vida humana y el alcance de la propia libertad.

CONCEPTO DE EUTANASIA

Como ocurre con frecuencia, el término "eutanasia" – del griego antiguo εὐθανασία, "muerte dulce o buena" – ha ido variando en su sentido a lo largo del tiempo. Originalmente, parece haberse referido de forma cercana a su etimología, a una muerte acogida con serenidad y sin sufrimiento, y así lo recoge el historiador romano Suetonio (siglo II) cuando cita al emperador Augusto, comentando el tipo de muerte que deseaba tener.

En la antigüedad griega y romana, se consideraba un deber del médico proporcionar a sus pacientes una muerte rápida y sin dolor, y el suicidio y el aborto eran ampliamente aceptados. Sin embargo, la escuela hipocrática (siglo V a.C.) se posicionó claramente contra estas prácticas, como recoge el Código Hipocrático. Este punto de vista fue posteriormente adoptado por el Cristianismo y otras religiones monoteístas, de manera que la implícita o explícita prohibición al médico de practicar la eutanasia se mantiene en los códigos deontológicos hasta la actualidad, y solo en el siglo XX comienza a ser cuestionada. Otro aspecto a tener en cuenta es que las corrientes eugenésicas, tan pujantes en determinados países impulsaron a finales del siglo XIX y principios del siglo XX, impulsaron comportamientos genocidas hacia personas con enfermedad mental, discapacidad intelectual o enfermedades neurodegenerativas, por ejemplo en la Alemania nazi, y en estos casos se aplicó de forma eufemística el término eutanasia (*Gnadentodt*) o

³ Emanuel, E.J., Onwuteaka-Philipsen, B.D., Urwin, J.W., Cohen, J. (2016) Attitudes and Practices of Euthanasia and Physician-Assisted Suicide in the United States, Canada, and Europe. *JAMA*, 316(1): 79-90.

⁴ Rousseau, S., Turner, S., Chochinov, H.M., Enns, M.W., Sareen, J. (2017) A National Survey of Canadian Psychiatrists' Attitudes toward Medical Assistance in Death. *Can J Psychiatry*. 62(11): 787-794.

EVOLUCIÓN HISTÓRICA DEL CONCEPTO DE EUTANASIA

muerte por piedad, aplicada a aquellos individuos cuyas vidas se estimaban indignas de ser vividas.

En su sentido moderno de "acto de provocar intencionadamente la muerte de una persona que padece una enfermedad incurable para evitar que sufra", la práctica de la eutanasia fue impulsada por la creación de ligas o sociedades destinadas a promoverla, como la Voluntary Euthanasia Society (1935, RU), o la Euthanasia Society of America (1938, EE. UU.).

En 1974 se elaboró un Manifiesto sobre la Eutanasia, una declaración a favor de la eutanasia humanitaria firmada por 40 personalidades, entre ellos 3 ganadores de premios Nobel - George Thomson, Linus Pauling y Jacques Monod -, debido a la existencia de algunos casos de prolongación de vida considerados por muchos un ultraje. En realidad, se trataba más bien de oponerse al encarnizamiento terapéutico, pero significó un espaldarazo al movimiento a favor de la eutanasia:

"Afirmamos que es inmoral aceptar o imponer el sufrimiento. Creemos en el valor y en la dignidad del individuo; esto implica que se le deje libre de decidir racionalmente sobre su propia suerte. Hay que proporcionar los medios de morir suave y fácilmente. Es cruel y bárbaro exigir que una persona sea mantenida en vida contra su deseo... cuando su vida ha perdido toda dignidad, belleza, significado y perspectiva de futuro. Deploramos la moral insensible y las restricciones legales que obstaculizan analizar este caso ético que es la eutanasia"...⁵

Holanda fue el primer país en legalizar la eutanasia en 2001, tras varios casos judiciales que escenificaron el debate social, pero sin emplear el término, y llamándolo en su lugar "suicidio asistido y finalización de la vida a petición (propia)".

El siguiente esquema pretende aclarar la terminología que se emplea en la actualidad.

- Eutanasia directa: acción u omisión → MUERTE por el acto médico con el que se pretende positivamente el fin de la vida de una persona enferma.
- eutanasia activa ⇒ administración de una sustancia con la que se pretende intencionadamente poner fin a la vida y a los sufrimientos del paciente.
- eutanasia pasiva ⇒ no puesta en práctica de una terapia médica que podría prolongar la vida de un enfermo.

⁵ The American Humanist Association (1974) A plea for beneficent euthanasia. Humanist, 34(4): 4-5.

EVOLUCIÓN HISTÓRICA DEL CONCEPTO DE EUTANASIA

- Eutanasia indirecta: acción u omisión → EVITAR EL DOLOR Y EL SUFRIMIENTO uso de drogas analgésicas en dosis que, para aliviar el sufrimiento, pudieren deprimir el centro respiratorio.

Diversos autores argumentan que el término "eutanasia" debería reservarse para la eutanasia directa, ya que la llamada eutanasia indirecta queda dentro del campo de los cuidados paliativos, aunque los defensores de la eutanasia pretenden que, al final, se trata de lo mismo⁶.

También es importante distinguir los tipos de eutanasia según la voluntariedad de la persona. La *eutanasia voluntaria* se realiza con el consentimiento del paciente, que es capaz de darlo y desea morir. La *eutanasia involuntaria* se realiza sin el consentimiento del paciente, que es capaz de darlo, pero no lo hace, bien porque no quiere morir o no se le ha preguntado. Finalmente, la *eutanasia avoluntaria o no-voluntaria*, ocurre cuando no se puede obtener el consentimiento, porque la persona no está en condiciones de emitirlo.

Engelhardt⁷ alega que es necesario el consentimiento (que implica *voluntariedad*) por parte del individuo que quiere poner fin a su vida para que se produzca eutanasia y previene de la utilización de este término, para denominar la finalización inducida de la vida humana a través del consentimiento de otros (por ejemplo, familiares, equipo médico, etc.), en cuyo caso se trataría de un homicidio. La validez de un consentimiento otorgado antes de que se produzca la situación por la que se solicita la eutanasia – como sería en caso de una persona que lo incluye en sus voluntades anticipadas en el caso de llegue a un determinado grado de deterioro cognitivo si padece una demencia, o en caso de coma, etc. – es todavía objeto de debate.

Las instrucciones previas, voluntades anticipadas o testamento vital surgieron en la década de 1960 con el objetivo de capacitar a las personas para que ejerzan control sobre sus futuras decisiones médicas. No obstante, en los últimos años se ha hecho evidente que con frecuencia no capturan suficientemente bien todos los aspectos temporales y relacionales de la planificación del tratamiento y la atención a recibir, especialmente cuando se trata de aplicar la eutanasia⁸.

⁶ Gillett, G. (2017). A report on Euthanasia for the NZMA. New Zealand Medical Association. Disponible en: <https://www.nzdoctor.co.nz/sites/default/files/2017-11/NZMA-euthanasia-Gillett-report.pdf>

⁷ Engelhardt, H.T., Jr, Iltis, A.S. (2005). End-of-life: the traditional Christian view. *Lancet*, 366(9490): 1045–1049.

⁸ Bosio, F., Jox, R. J., Jones, L., & Rubli Truchard, E. (2018). Planning ahead with dementia: what role can advance care planning play? A review on opportunities and challenges. *Swiss medical weekly*, 148, w14706. Disponible en: <https://doi.org/10.4414/smw.2018.14706>

EVOLUCIÓN HISTÓRICA DEL CONCEPTO DE EUTANASIA

¿HAY UN DERECHO A MORIR?

Hay circunstancias en la vida en las que se puede experimentar dolor, discapacidad, malestar o dependencia tales que, si no hay una expectativa razonable de mejoría, la persona puede optar por la muerte como única salida viable. Suele citarse la figura mitológica del centauro Quirón, quien habría renunciado a la inmortalidad para morir y así librarse de una penosa herida incurable, como ejemplo simbólico de esta posibilidad.

De hecho, los argumentos a favor de la eutanasia giran en torno a la defensa de autonomía del paciente, la preservación de la calidad de vida (y de muerte) evitando sufrimientos innecesarios e inevitables, y manteniendo la dignidad del paciente en el proceso de muerte, la necesidad de salvaguardas legales y la regulación de los procedimientos para garantizar la calidad de la práctica actual, y la respuesta a las actitudes públicas y profesionales cambiantes sobre la eutanasia. De todos ellos, se prima especialmente la autonomía del paciente, adoptando una actitud principialista desde el punto de vista ético. Los defensores del derecho a morir argumentan que cada persona tiene derecho a controlar su vida, y a elegir cuándo, de qué manera y a manos de quién debe terminar su vida, que quedan así englobados dentro del concepto de autonomía personal, en aras de preservar su dignidad personal, que resultaría gravemente afectada por el sufrimiento y el dolor.

No obstante, los estudios realizados en los países donde la eutanasia directa está legalizada muestran que menos de un tercio de los casos solicitan la muerte únicamente por circunstancias físicas, como un dolor insoportable. En la mayoría de los casos se detectan factores psicológicos que influyen en la búsqueda de ayuda para morir, tales como soledad, depresión, miedo a perder el control o la dignidad, vivencia de ser una sobrecarga o malestar intenso ante la dependencia⁹. Por otra parte, las personas tienen ya un derecho reconocido a rehusar la aplicación de cualquier tratamiento médico, incluso si el mismo puede salvarles la vida, y pueden también elegir la opción de quitarse la vida por sí mismos, ya que el suicidio está despenalizado en la mayoría de los países.

Por su parte, los argumentos en contra de la eutanasia giran en torno al respeto por la vida humana. Esta defensa puede hacerse desde diversos puntos de vista, y no únicamente desde visiones religiosas o espirituales, aunque estas merecen, por supuesto, el mayor de los respetos¹⁰. El principialismo, de origen utilitarista, que establece la primacía del principio de autonomía como soporte de la persona, se contrapone a otras teorías éticas.

⁹ Levene, I., Parker, M. (2011) Prevalence of depression in granted and refused requests for euthanasia and assisted suicide: a systematic review. *J Med Ethics*, 37(4): 205-211.

¹⁰ Iracheta Fernández, F. (2012). Sobre dignidad y eutanasia voluntaria: tres aproximaciones morales (II parte). *Límite. Revista de Filosofía y Psicología*, 7(25):25-39.

EVOLUCIÓN HISTÓRICA DEL CONCEPTO DE EUTANASIA

Por ejemplo, Kant (1804) estableció que las personas no pueden utilizarse nunca como medio, sino como fin en sí mismas. En la *Fundamentación metafísica de las costumbres*, Kant explica que el imperativo categórico se expresa en la fórmula de la Humanidad: "obra de tal modo que trates a la humanidad, tanto en tu persona como en la de los demás, siempre como fin y nunca solamente como mero medio". El disponer de la propia vida equivale a utilizarla para eliminar el dolor y el sufrimiento, pero al hacerlos usamos la vida como medio y por lo tanto nos deshumanizamos. Podemos resumir este punto de vista en el siguiente aforismo: "La muerte no debe ser nunca la solución de un problema humano". Otros detractores de la EMAM parten de una ética religiosa e invocan el carácter sagrado de la vida humana, al considerarla un don divino del que el hombre no puede disponer. Las principales religiones, como el islam o el catolicismo, están en contra de la eutanasia. Otra razón de tipo ético que suele aducirse es que el principio de autonomía no tiene carácter absoluto. Incluso utilitaristas acérrimos, como Stuart Mill, ya postulaban que la autonomía personal está limitada por la de los demás. En el caso de la eutanasia, la opción personal puede contraponerse a la de la familia o incluso a la de otras personas implicadas, como la de los mismos médicos (aunque la legislación admite habitualmente el recurso a la objeción de conciencia). La legislación en los países en los que EMAN ha sido legalizada no contempla esta repercusión social y relacional más amplia de la eutanasia, y ha recibido críticas en este sentido¹¹.

Otros argumentos contrarios a la eutanasia tienen un carácter más práctico, y con frecuencia se apoyan en los problemas encontrados en los países donde la práctica es legal¹². Por ejemplo, la legislación sobre la EMAN abre la posibilidad de influir en una persona de alguna manera a solicitar la eutanasia¹³, por lo que se deben implementar medidas para proteger a grupos vulnerables¹⁴. Existe también la posibilidad de que la persona que solicita la eutanasia no esté en condiciones de emitir un consentimiento informado, buen porque su voluntad, su capacidad de comprensión o de juicio, o de emitir una opinión estén gravemente afectadas, lo que se plantea fundamentalmente en personas

¹¹ Roest, B., Trappenburg, M., & Leget, C. (2019). The involvement of family in the Dutch practice of euthanasia and physician assisted suicide: a systematic mixed studies review. BMC medical ethics, 20(1):23. <https://doi.org/10.1186/s12910-019-0361-2>

¹² Jansen-van der Weide, M.C., Onwuteaka-Philipsen, B.D., van der Wal, G. (2005) Granted, undecided, withdrawn, and refused requests for euthanasia and physician-assisted suicide. Arch Intern Med, 165(15):1698-1704.

¹³ Rietjens, J.A., Deschepper, R., Pasman, R., Deliens, L. (2012) Medical end-of-life decisions: does its use differ in vulnerable patient groups? A systematic review and meta-analysis. Soc Sci Med, 74(8):1282-1287

¹⁴ Krag, E. (2014) Rich, white, and vulnerable: rethinking oppressive socialization in the euthanasia debate. J Med Philos, 39(4):406-429.

EVOLUCIÓN HISTÓRICA DEL CONCEPTO DE EUTANASIA

con trastornos psiquiátricos¹⁵. Existen también dificultades a la hora de garantizar el uso de procedimientos adecuados y efectivos, incluyendo la posibilidad de contar con médicos adecuadamente formados y entrenados en los mismos, así como la existencia de problemas puramente técnicos a la hora de aplicar estos procedimientos¹⁶. Otra serie de problemas vienen derivados de la posibilidad de que se produzcan errores de diagnóstico, o bien de que no esté bien establecido el curso irreversible e incurable de la enfermedad, o que no se hayan aplicado las mejores opciones terapéuticas según la *lex artis*. Por otra parte, hay diferentes interpretaciones de cuándo el proceso morboso de un paciente es incurable. Según una de ellas, una condición es incurable cuando se sabe que no hay cura para ella. Según el otro, una condición es incurable cuando no se sabe que existe cura para ella. Es evidente que se precisa una clarificación del punto de vista que se adopte, y del grado de convicción necesaria en cada caso¹⁷. Este tipo de argumentos se aplica especialmente a los trastornos mentales, adicciones u otras entidades en los que con frecuencia no pueden determinarse con certeza el curso o el pronóstico, o en los que es frecuente que no se haya aplicado un tratamiento integral de tipo biopsicosocial, y no solo estrictamente médico¹⁸.

Finalmente, otra serie de argumentos contrarios se basan en los posibles efectos adversos relacionados con la eutanasia. Por ejemplo, un argumento frecuentemente empleado es la aparición de un fenómeno social de "pendiente resbaladiza" (*slippery slope*) con respecto a la eutanasia. Los argumentos de pendiente resbaladiza aparecen regularmente cada vez que se propone un cambio social o legal moralmente controvertido. Los mismos suponen que todas o algunas de las consecuencias que podrían derivarse de permitir una práctica particular son moralmente inaceptables.

Por lo general, los argumentos de "pendiente resbaladiza" afirman que adoptar alguna premisa, realizar alguna acción o adoptar alguna política conducirá a un resultado definitivo que generalmente se considera incorrecto o malo. La "pendiente" es "resbaladiza" porque se afirma que no habrá puntos de parada plausibles entre la implementación inicial de una

¹⁵ Appelbaum, P.S. (2016). Physician-Assisted Death for Patients With Mental Disorders-Reasons for Concern. *JAMA Psychiatry*, 73(4): 325-326.

¹⁶ Groenewoud, J.H., van der Heide, A., Onwuteaka-Philipsen, B.D., Willems, D.L., van der Maas, P.J., van der Wal, G. (2000) Clinical problems with the performance of euthanasia and physician-assisted suicide in The Netherlands. *N Engl J Med*, 342(8):551-556.

¹⁷ Varelius, J. (2016). Physician-assisted dying and two senses of an incurable condition. *J Med Ethics*, 42(9): 601–604.

¹⁸ Verhofstadt, M., Van Assche, K., Sterckx, S., Audenaert, K., Chambaere, K. (2019) Psychiatric patients requesting euthanasia: Guidelines for sound clinical and ethical decision making. *Int J Law Psychiatry*, 64:150-161.

EVOLUCIÓN HISTÓRICA DEL CONCEPTO DE EUTANASIA

premisa, acción o política y el mal resultante. El deseo de evitar tales consecuencias futuras previstas proporciona razones adecuadas para no dar el primer paso¹⁹.

En el caso que nos ocupa, la tesis principal es que la introducción de una legislación permitiendo la eutanasia favorece la relativización y banalización de esta, de manera que un número creciente de personas puedan solicitarla, por motivos cada vez más variados, y alejados de las causas graves que se aducían en un primer momento. De esta manera, algunas personas pueden verse animadas a solicitar la eutanasia por sus familiares, profesionales de salud o el ejemplo de otras personas, o incluso ser tildadas de "egoístas" o de provocar una "carga insoportable": el "derecho a morir" puede convertirse en una "obligación de morir".

En el extremo, podría producirse un movimiento desde la eutanasia voluntaria a la eutanasia no voluntaria, o incluso a la involuntaria; este sería el caso de lo ocurrido en Alemania bajo el nacionalsocialismo²⁰. Ejemplos actuales de ello serían, el creciente número de casos de eutanasia en los países donde está legalizada, o las modificaciones que se han ido haciendo de las leyes correspondientes para darle cada vez un carácter más permisivo, e incluir, por ejemplo, a casos en los que la enfermedad mental es la causa primaria para solicitar la EMAM; este aspecto se analizará más detalladamente en otra ponencia²¹.

Finalmente, otra serie de argumentos que suelen emplearse es que la introducción de la eutanasia redundará en una actitud nihilista y utilitaria de la sociedad y de las relaciones familiares y sociales, y que la medicina, o los servicios sociales, por lo tanto, dejarán de embarcarse en la búsqueda de mejores opciones terapéuticas o asistenciales, especialmente en determinados casos. En definitiva, terminar con el sufrimiento, la incapacidad y sus consecuencias - por ejemplo, el coste económico, la sobrecarga de los cuidadores, etc. - se puede convertir en una opción personal, y no en un compromiso social²².

¹⁹ Lewis, P. (2007). The empirical slippery slope from voluntary to non-voluntary euthanasia. *The Journal of law, medicine & ethics*, 35(1), 197–210.

²⁰ Pereira, J. (2011). Legalizing euthanasia or assisted suicide: the illusion of safeguards and controls. *Current Oncology*, 18(2), e38–e45.

²¹ Olié, E., Courtet, P. (2016) The Controversial Issue of Euthanasia in Patients With Psychiatric Illness. *JAMA*, 316(6):656–657.

²² Boudreau, J.D., Somerville, M.A. (2013) Euthanasia is not medical treatment, *Br Med Bull*, 106(1): 45–66.

EVOLUCIÓN HISTÓRICA DEL CONCEPTO DE EUTANASIA

CONCLUSIONES

La legalización de la eutanasia esté en el centro de un encendido debate que abarca numerosos aspectos, tanto de tipo ético o moral como de índole legal, clínica y asistencial. A la vista de la experiencia en otras naciones y jurisdicciones, sería muy deseable que se produjera un debate profundo que tenga en cuenta estas perspectivas.

Los problemas relevantes para la toma de decisiones en torno a la liberalización de la eutanasia incluyen, y que en cualquier caso deberían ser abordados en una futura ley en España, son los siguientes:

1. La capacidad del paciente para solicitar la eutanasia, evaluada en más de una ocasión, y para la posterior toma de decisiones.
2. La amplia gama de factores clínicos, físicos y psicológicos presentes en la situación de salud del paciente que podrían influir en una solicitud de eutanasia.
3. El estado de salud físico y mental de los familiares y cuidadores.
4. La adecuación de la atención integral brindada al paciente, con especial referencia a los cuidados paliativos, pero que incluye la atención médica - física, psiquiátrica y psicológica - y social.
5. La garantía de calidad en torno a la respuesta a una solicitud; por ejemplo, que se puede revertir durante un período obligatorio de espera y que se mantengan estándares adecuados de atención durante ese período.
6. La implementación de las mejores prácticas en términos de apoyo psicosocial, que requieren que el paciente comprenda completamente sus alternativas y las principales implicaciones de su decisión.
7. Las necesidades psicológicas de otras personas relevantes y cuidadores.
8. La necesidad de considerar las opiniones de los cuidadores que afectan la calidad del proceso de evaluación del paciente.

Dependiendo de la sociedad, de cada individuo, de sus creencias, valores y cultura, así varía el concepto de morir de forma digna, de tener una buena muerte. El problema de la eutanasia no es por lo tanto exclusivamente un problema médico, es un problema del conjunto de la sociedad, y una pregunta queda en el aire, ¿puede la sociedad, invocando el derecho de autonomía, solucionar así los problemas que en gran medida genera la misma sociedad?