

El derecho a una buena muerte y la cuestión de la eutanasia

ESTHER SOUTO GALVÁN
UNED

I. EL DERECHO A LA VIDA Y EL DERECHO A LA PROPIA MUERTE. EL TESTAMENTO VITAL

La distinción entre derecho a la vida y protección de la vida ha propiciado un debate ciertamente interesante acerca del derecho a decidir el momento de la propia muerte.

¿El derecho a la vida comprende el derecho a la propia muerte?

La respuesta más común a esta pregunta nos dice que la vida es indispensable, que la vida es sagrada e inviolable y tiene un valor intrínseco, que merece la protección del derecho. Por esa razón, el titular del derecho a la vida carece del derecho a decidir su propia muerte.

Esta respuesta se encuadra en la doctrina que ESSER calificó como principio de santidad de la vida y que constituye una versión secularizada de la concepción religiosa que considera a la vida un don sagrado y gratuito concedido por Dios y sólo a ÉL le corresponde poner fin a la misma¹.

Frente a este principio, ha surgido una nueva corriente de opinión que sostiene el principio de calidad de vida. Según este principio, hay situaciones en

las que la pérdida de las funciones biológicas o psicológicas del ser humano supone que la persona ha perdido la calidad de vida humana propia de la dignidad de la persona humana². Cuando concurren estos supuestos, esta doctrina considera que el titular de esa vida humana tiene derecho a disponer que se ponga fin a la misma.

Esta postura que incluye en el derecho a la vida el derecho a la propia muerte y, por tanto, la autodeterminación respecto al final de la vida, abre un nuevo frente de debate:

- a) El derecho a decidir el momento de la propia muerte, siempre que la enfermedad no haya afectado a la capacidad cognoscitiva y volitiva, es decir, que el enfermo sea competente y, por tanto, pueda formular una petición libre y razonada;
- b) El derecho a decidir con antelación el momento de su muerte, incluso antes de estar enfermo, disponiendo que si su vida atraviesa determinadas circunstancias, como consecuencia de una enfermedad irreversible y ha perdido la consciencia, se adopten determinadas medidas, fijadas previamente, para poner fin a la vida, aliviar el dolor o evitar una prolongación inútil de la misma. Se trata de las

¹ Souto Paz, J.A., Comunidad política y libertad de creencias. Introducción a las libertades públicas en Derecho Comparado, Madrid, 1999, pág. 369.

² Ibidem.

¹ A partir de ese momento otras Comunidades como la gallega han regulado el testamento vital.

² SOUTO PAZ, J.A., Comunidad política y libertad de creencias. Introducción a las libertades públicas en Derecho Comparado, Madrid, 1999. Pág. 370.

³ Romeo Casabona, El Derecho y la Bioética ante los límites de la vida humana, Madrid, 1994, p. 421.

⁴ Ibidem, p. 422.

llamadas directivas anticipadas o testamento vital.

El testamento vital puede contemplar diversos supuestos:

- a) Que, ante una situación irreversible, se omitan ciertos tratamientos extraordinarios para prolongar la vida (eutanasia pasiva)
- b) Que, en una situación de sufrimiento y padecimiento grave e insostenible se autorice la administración de medicamentos contra el dolor, aunque dicha medicación suponga el acortamiento de la vida del enfermo, es decir, que se adopten los correspondientes cuidados paliativos;
- c) Que, diagnosticada una enfermedad incurable, de la que se derivan probablemente graves sufrimientos, se autorice la aplicación de un fármaco letal, que comporte la muerte inmediata.

El testamento vital, salvo el último supuesto, penalizado en el artículo 143 del Código Penal, (Eutanasia activa directa), es compatible con la legislación española vigente, por lo que puede tener plena eficacia jurídica.

Recientemente, el Parlamento catalán³ reguló el testamento vital, siendo sus disposiciones de contenido obligatorio para los familiares y el personal sanitario que tenga a su cuidado la asistencia del autor del testamento. Con anterioridad, la Conferencia episcopal española ya reconoció la eficacia de este testamento, estableciendo, incluso, un protocolo para uso voluntario de los católicos. El testamento vital contiene el consentimiento informado del paciente, manifestado con anticipación y, por tanto, con todo el valor jurídico de una decisión que contempla un supuesto de hecho futuro e incierto.

II. EUTANASIA

De acuerdo con las raíces etimológicas griegas, eutanasia significa buena muerte. La doctrina cristiana valora

positivamente la ayuda a bien morir. ¿Por qué, entonces, se ha criminalizado la eutanasia?

Nos encontramos ante un debate abierto, con posiciones claramente encontradas, sobre una cuestión aparentemente buena.

¿Se puede desear a alguien una mala muerte?

Es evidente que, por debajo de las palabras, surge un torrente de cuestiones, cuya complejidad puede inducir a serios equívocos.

La primera cuestión se refiere a la polivalencia conceptual del término eutanasia. La doctrina distingue entre⁴:

- Eutanasia activa:
 - Directa.
 - Indirecta (cuidados paliativos).
- Eutanasia pasiva:
 - Enseñamiento terapéutico.
 - Interrupción del tratamiento.
 - No iniciación del tratamiento.
 - No tratar una enfermedad intercurrente.

La eutanasia activa consiste en realizar Actos para ayudar a morir, eliminando o aliviando el sufrimiento⁵.

- Directa: Persigue el acortamiento de la vida del paciente mediante actos positivos (ayuda a morir)
- Indirecta: alivia el sufrimiento del paciente abreviando al mismo tiempo su vida (cuidados paliativos)

La eutanasia pasiva suele entenderse como "la omisión del tratamiento y de cualquier medio que contribuya a la prolongación de la vida humana, que presenta un deterioro irreversible o una enfermedad incurable, y se halla en fase terminal acelerando así el desenlace mortal"⁶.

- No iniciación de un tratamiento
- No tratar una complicación o enfermedad intercurrente con la ori-

gitaria

- Suspensión del tratamiento ya iniciado
- Desconexión del paciente de aparatos técnicos que mantienen su vida

Pues bien, de estas diferentes figuras sólo se considera ilícita la eutanasia activa directa, sobre la que recae el debate en la actualidad.

Como escribe el Prof. SOUTO— la referencia a las diversas clases de eutanasia nos permite puntualizar, como elementos diferenciados del suicidio, además de la cooperación necesaria de terceros, que la situación de la persona sea la de un paciente terminal como consecuencia de padecer una enfermedad irreversible. Sobre este elemento común a las distintas clases de eutanasia existe un elemento diferenciador importante: la eutanasia activa (directa o indirecta) exige la omisión de actos positivos dirigidos, directa o indirectamente, a acortar la vida del paciente. La eutanasia pasiva requiere la misión del tratamiento necesario para prolongar la vida del paciente.

Aunque el debate social se centra en la licitud o no de la eutanasia activa, no por ello deja de plantear diversos dilemas éticos la eutanasia pasiva, que afectan muy directamente a los profesionales de la sanidad y a los familiares⁷.

El Código Penal español dispone que:

“El que causare o cooperare activamente con actos necesarios y directos a la muerte del 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 permanente y difíciles de soportar, será castigado con la pena inferior en uno o dos grados... (art.143,4).

Esta norma sigue el criterio de la mayoría de las leyes penales vigentes

en el mundo, de la que se apartan únicamente Holanda y Oregón.

Coincide con esta postura la doctrina católica sobre la eutanasia, cuyos orígenes hay que remontar a PIO XII en 1957 y que han sido sistematizados por JUAN PABLO II, en su *Encíclica Evangelium Vitae* de 1995.

La Encíclica considera que es necesario definir la eutanasia con claridad, por eso, en “sentido verdadero y propio” se debe entender una acción u omisión que por su naturaleza y en la intención causa la muerte, con el fin de eliminar cualquier dolor⁸. “La eutanasia se sitúa, pues, en el nivel de las intenciones o de los métodos usados”⁹.

La clasificación que realiza es la siguiente:

En primer lugar, hace referencia a la decisión de renunciar al ensañamiento terapéutico; ciertas intervenciones médicas ya no adecuadas a la situación real del enfermo, por ser desproporcionadas a los resultados que se podrían esperar o bien, por ser demasiado gravosas para él o su familia. En estas situaciones, cuando la muerte se prevé inminente e inevitable, se puede en conciencia renunciar a unos tratamientos que procurarían únicamente una prolongación precaria y penosa de la existencia, sin interrumpir sin embargo las curas normales debidas al enfermo en casos similares¹⁰.

Continúa, considerando que existe la obligación moral de curarse y hacerse curar, sin embargo, esta obligación se debe valorar según las situaciones concretas: es decir, hay que examinar si los medios terapéuticos a disposición son objetivamente proporcionados a las perspectivas de mejoría. La renuncia a medios extraordinarios o desproporcionados no equivale al suicidio o a la eutanasia; expresa más bien la aceptación de la condición humana ante la muerte¹¹.

En segundo lugar, se refiere a los “cuidados paliativos”, destinados a ha-

⁷ Souto Paz, J.A., La Comunidad ... pág. 371.

⁸ Encíclica “*Evangelium Vitae*”, 1995.

⁹ CONGREGACIÓN PARA LA DOCTRINA DE LA FE, *Iura et bona* II: AAS72 (1980) 546.

¹⁰ *Ibidem*, IV, Lc.551.

¹¹ *Ibidem*.

¹¹ Encíclica "Evangelium vitae".

¹² Pio XII, Discurso a un grupo internacional de médicos (24 de febrero de 1957) AAS 49 (1957).

¹⁴ Vid. Romeo Casabona, ... pag. 442 y sg.

cer más soportable el sufrimiento en la fase final de la enfermedad y, al mismo tiempo, asegurar al paciente un acompañamiento humano adecuado. En este contexto, estiman que aparece el problema, entre otros, de la licitud del recurso a los diversos tipos de analgésicos y sedantes para aliviar el dolor del enfermo, cuando esto comporta el riesgo de acortarle la vida¹².

Ya Pio XII afirmó "que es lícito suprimir el dolor por medio de narcóticos, a pesar de tener como consecuencia limitar la conciencia y abreviar la vida, si no hay otros medios y si, en tales circunstancias, ello no impide el cumplimiento de otros deberes religiosos y morales"¹³.

Aunque las figuras descritas pueden parecer diáfnas, sin embargo, la praxis demuestra que no es así. De tal manera que, a propósito de la eutanasia pasiva, entran en colisión:

1. La obligación del profesional sanitario de prestar asistencia a quien lo requiera y, de modo especial "cuando de la denegación o abandono se derive grave riesgo para la salud de la persona", lo que constituye una figura delictiva tipificada en los artículos 195-196 del Código Penal.
2. La inutilidad del tratamiento y la oportunidad de permitir el desenlace natural de la enfermedad.

Tres situaciones se consideran, sin embargo, supuestos límite, que plantean graves problemas éticos¹⁴:

- a) Paciente con muerte cerebral, que conserva algunas funciones vitales mantenidas artificialmente mediante control de la respiración y circulación sanguínea. En este supuesto se considera que se debe suspender el tratamiento, porque no se trata de una persona viva, sino fallecida, que, aunque pueda mantener artificialmente algunas funciones vitales, no podrá volver a ser una persona viva.

b) Paciente con cuadro clínico en fase terminal o irreversible, de acuerdo con la *lex artis* médica, no existiendo tratamiento eficaz que pueda cumplir su función curativa.

En este supuesto, tampoco existe el deber de tratar al paciente, porque se puede incurrir en un caso de distanacia o "encarnizamiento terapéutico", en el que la aplicación de tratamientos sucesivos y sin ninguna eficacia terapéutica, dada la situación irreversible de la enfermedad, puede prolongar la vida, pero con grave quebranto del bienestar del enfermo, por lo que la suspensión del tratamiento puede ser la mejor decisión en interés del paciente.

c) Paciente con estado vegetativo persistente, consistente en una forma de inconsciencia permanente, con los ojos abiertos, en el que el paciente está despierto con ciclos fisiológicos de sueño y vigilia, sin que de ningún modo se dé cuenta de sí mismo ni de su entorno. Este supuesto exige precisar el momento de la irreversibilidad de la enfermedad.

A partir de este momento se debe proceder a la suspensión del tratamiento médico, incluyendo el suministro médico de la nutrición e hidratación artificiales, pues no proporciona ningún beneficio a los enfermos en estado vegetativo persistente.

III. EUTANASIA Y ÉTICA

Lo dicho hasta ahora se mueve en un ámbito donde predominan los criterios médicos y las normas jurídicas.

¿Cuál es la reflexión ética ante el hecho de la muerte?

De entrada, hay que señalar que la muerte forma parte de la vida personal, no es algo ajeno, extraño o repudiable en sí mismo. Por tanto, la muerte, lo mismo que la vida, es un tema ético y

merece ser tratado dentro del ámbito de la ética.

En este sentido, desear una "buena muerte" o desear "morir con dignidad" es una cuestión moral, en el centro del cual se encuentra la persona, que, activa y responsablemente, participa en el proceso de morir, de la misma forma en la que ha participado en el proceso de vivir.

Así, las frases "una buena muerte" y "morir con dignidad" son en realidad expresiones elocuentes que describen las posibilidades morales de nuestra experiencia en la vida, incluyendo el proceso de morir.

En consecuencia, "el objetivo ético fundamental de la atención al moribundo consiste, paradójicamente, en garantizar que este viva lo mejor posible hasta el momento de su muerte". La principal aspiración de todos debería ser que "la persona que se está muriendo, que ahora es paciente, ha de ser tratada como un ser humano completo hasta el momento de su muerte"¹⁵.

En este momento deberíamos tener en cuenta la advertencia del Prof. Steven MILES¹⁶, al distinguir entre muerte personal y muerte médica.

La diferencia básica entre ambas se encuentra en el hecho de que en la:

- muerte médica se considera que es el resultado de la enfermedad y tiene lugar en instituciones sanitarias.
- muerte personal es el final de una vida natural, es un acto moral, que enfrenta a la persona con su propia mortalidad.

La muerte médica se rige por normas que se basan en los fundamentos impersonales de la medicina y del derecho, los cuales solamente de una manera imperfecta y cruel pueden corresponderse con el sentido personal que inspira a familias y pacientes.

Por otra, sustituir a los familiares por

extraños para cuidar a la persona moribunda constituye una forma de extrañamiento familiar, que supone una alineación tan profunda que resulta muy difícil hasta referirse a ella.

Según el Prof. MILES, "el poder de los hospitales para proyectar la imagen de la muerte personal como algo pintoresco o de ignorancia médica implica la supresión de valores personales, de las verdades emocionales y de las influencias familiares, modelando, con ello, para siempre la historia y significado de la muerte, que se transmiten de generación en generación en el seno de la familia"¹⁷.

Para una medicina avanzada como la actual, la muerte es una frustración, el acontecimiento final en el curso de un proceso biológico modificable. Se rechaza, así, el "No podemos hacer nada más", expresión frecuente hasta hace poco tiempo, por la afirmación "siempre se puede hacer algo más", desde el punto de vista clínico.

Las propuestas de tratamiento se derivan de un paradigma científico que respeta la vida, da explicaciones biológicas y actúa terapéuticamente, pero que carece de explicación para la necesidad, la obligatoriedad o el significado de la muerte.

La muerte personal responde al criterio de que la muerte es un hecho humano, sobre la cual tiene algo que decir el paciente, en virtud de su autonomía y capacidad de autodeterminación.

La relación médico-paciente debe basarse en el respeto a la integridad moral del enfermo, que requiere que su consentimiento se produzca a partir de un claro entendimiento de las condiciones médicas del enfermo, así como de la naturaleza, y de los beneficios y riesgos del tratamiento propuesto.

Junto al respeto por la integridad moral, se debe ejercer la benevolencia, una actitud psicológica que consiste en desear el bien de todo el mundo y que, en la relación terapéutica, debería for-

¹⁵ Hill, P. "La atención al moribundo desde una perspectiva ética" en *De la vida a la muerte. Ciencia y bioética*, Cambridge University Press, 1999, pág. 219.

¹⁶ MILES, S. "Muerte personal y muerte médica" en *De la vida a la muerte. Ciencia y bioética*, Cambridge University Press, pág. 180.

¹⁷ *Ibidem*.

¹⁸ CRANFOR, R.E "Las tecnologías modernas y la atención al moribundo" en *De la vida a la muerte*, pág. 214.

¹⁹ *Ibidem*.

mar parte de todas las decisiones clínicas tomadas por el facultativo.

IV. ¿QUIÉN DEDICE?

En la muerte personal debe prevalecer la autonomía de la persona, a quién corresponde tomar las decisiones sobre el particular.

Sin embargo, como hemos visto antes, hay interferencias previas de

- a) La medicina, con la sistemática aplicación de las más avanzadas tecnologías, que puede prolongar y, de hecho lo hace, la vida biológica.
- b) El derecho, que garantiza el derecho a la vida de cada persona hasta que dicha vida acabe de forma natural.
- c) La religión que nos recuerda la santidad de la vida humana y su inviolabilidad frente a toda agresión directa.

Estas tres manifestaciones deberían actuar de modo que aseguraran la interdependencia; sin embargo, han dado paso a la independencia entre las mismas. Como advierte el Prof. MILES:

La Medicina ha sucumbido al imperativo tecnológico para tratar y, en la medida de lo posible, mantener la vida biológica, incluso, sin expectativas de vida cognoscitiva y afectiva.

El Derecho, al reafirmar autonomía del individuo y el derecho a la vida, se ha utilizado para reafirmar el derecho de un paciente a morir.

La Religión ha endurecido su postura, apoyándose en el carácter sagrado de la vida y su carácter indisponible, para hacer frente a la eutanasia activa.

¿Dónde ha quedado la autonomía de paciente?

El doctor Ronald E. CRANFOR relata dos casos bien diversos en el tiempo y en el tratamiento¹⁸.

Morir en la década de los cuarenta

Una anciana de unos 60 años se está muriendo en casa. Se está muriendo en la casa en la que ha vivido durante los últimos 30 años. Amigos y familiares están reunidos junto a su lecho, tristes por la pérdida, pero recordando los viejos tiempos en los que ella era alegre y estaba sana y llena de vida. Varias generaciones de familiares están presentes: hijos, nietos y quizá bisnietos.

En los últimos años, la salud de la paciente ha ido deteriorándose. Padece de artritis, de un problema cardíaco y su mente ya no funciona como antes. Pero nadie, ni siquiera su médico, duda de los que se está muriendo: se está muriendo de vieja, es decir por causas naturales.

El médico de la familia, que la conoce tanto a ella como a su marido y a otros muchos familiares desde hace varias décadas, visita a la paciente diariamente: le examina el corazón y los pulmones con su estetoscopio, sentada en su cama bajo la atenta mirada de los preocupados familiares. El médico le dice a la familia lo evidente: "Realmente no hay nada que podamos hacer en esta frase. Sencillamente se está muriendo de vieja". La familia está triste, pero lo entiende. Durante sus últimos días, la paciente está en su casa en la cama, rodeada de sus parientes cercanos, sus amigos y el médico de la familia que conoce bien sus valores y los de sus familiares¹⁹.

Morir en la década de los noventa

"Una anciana de casi 90 años ha sido readmitida en una unidad de cuidados intensivos por sexta vez en los últimos 15 años. La paciente ha residido en un centro de asistencia durante los últimos siete años después de que su familia ya no pudiera prestarle la atención necesaria en casa. Ha sufrido múltiples pequeños ataques de apoplejía, al menos un infarto, y dos episodios de neumonía, todo lo cual fue tratado debidamente por especialistas en neurología, cardiología y enfermedades infecciosas.

Con anterioridad a esta última enfermedad, la memoria de la paciente se había deteriorado seriamente y ya no era capaz de reconocer a sus hijos. Debido al rápido deterioro de sus condiciones físicas y mentales, ha sido admitida en una unidad de cuidados intensivos donde la atienden especialistas en los campos de cardiología y la neurología. Es la primera vez que estos especialistas en concreto ven a esta paciente y, por tanto, no saben nada acerca de su historia personal previa ni de su estilo de vida. Los especialistas hablan con la familia, a la cual no conocen de nada.

En el historial médico se relatan numerosos diagnósticos médicos específicos: enfermedad cerebrovascular y cardiovascular, enfisema, enfermedad vascular periférica leve y probable enfermedad de Alzheimer o demencia multi-ínfarto. Pero no se hace referencia alguna a su avanzada edad o a las causas naturales.

Finalmente, tras varios días en la unidad de cuidados intensivos, la paciente sufre paro cardíaco, pero no es reanimada porque la familia y el equipo médico habían decidido no hacerlo²⁰.

En efecto, los avances de la biotecnología han modificado sustancialmente las pautas culturales influyendo de manera decisiva en la atención a los ancianos y enfermos moribundos; la muerte médica parece haber sustituido a la muerte natural o personal; hoy existen varios síndromes clínicos que son consecuencia de tratamientos médicos que apenas existían anteriormente.

- La muerte cerebral, en la que el cerebro está destrozado, pero el paciente se mantiene con vida de forma artificial gracias a los sistemas de mantenimiento de las constantes vitales.
- El síndrome de cautiverio, en el que el paciente se encuentra seriamente paralizado, pero con plena conciencia.
- La demencia avanzada, normalmente del tipo de Alzheimer, en la

que el paciente puede pasar los cinco o diez últimos años de su vida con una pérdida total de razón.

V. SITUACIÓN LÍMITE Y SOLUCIONES ÉTICAS. EL EUFEMISMO DE LA JUSTIFICACIÓN ÉTICA.

¿Cómo abordar esta situación? ¿Se debe conservar a ultranza?. El derecho a la vida y la eutanasia no son dos cuestiones opuestas o contradictorias. Todos tenemos derecho a la vida y todos tenemos derecho a la buena muerte.

Una buena muerte no consiste en prolongarla más allá de lo que es una vida digna, pues si sobrepasa este listón y somos víctimas de un "encarnizamiento terapéutico", nuestra muerte tampoco podrá ser digna. Dejar morir, aliviar el dolor, aunque se precipite la muerte, acotar la vida, cuando el proceso fatal es irreversible, son cuestiones teóricas que no pueden impedir que, quien ha vivido como una persona, pueda también morir como una persona.

La doctora CASSEL, geriatra especialista en medicina interna, relata algunos casos en los que se advierte la dificultad práctica de la toma de decisión²¹.

Caso 1

"Desconectar el sistema de respiración asistida a un paciente que padece una enfermedad pulmonar terminal es una decisión que los médicos deben tomar con frecuencia. En un paciente que está consciente, el principal síntoma no es el dolor. Probablemente el síntoma más aterrador de una enfermedad terminal sea la asfixia —disnea, falta de aire— y el mejor tratamiento para ella es la morfina, ya que inhibe la necesidad de oxígeno, de modo que en realidad el paciente vive menos porque no lucha por mantenerse con vida. Por tanto, si a un paciente le damos morfina después de haberle retirado la respiración asistida, ¿cómo es posible que digamos que no pretendemos que esa persona muer-

²⁰ Ibidem.

²¹ CASSEL, C.K. "El suicidio asistido por el médico: ¿progreso o peligro? En *De la vida a la muerte*, pág. 239.

ra? ¿Qué clase de ironía es esta? ¿Realmente creemos que el fallecimiento del paciente se debe tan solo a un desafortunado efecto secundario del tratamiento de la disnea? Utilizar este constructo refuerza nuestra propia negación y hace posible que sigamos practicando la medicina pensando que no estamos tratando directamente con la muerte y enfrentándonos al enorme desafío (a veces personalmente aterrador) de la mortalidad humana”.

Caso 2

“Otro ejemplo es el de la interrupción de la hidratación y la nutrición de un paciente que se encuentra en un permanente estado vegetativo. Consideremos el caso Nancy Cruzan y de los miles de personas que, como ella, no querían ser mantenidos con vida en un permanente estado vegetativo. El Tribunal Supremo ha apoyado la opinión de que la nutrición y la hidratación son tratamientos médicos a los cuales ni el paciente ni la familia en su lugar pueden negarse. Sin embargo, en este caso no existe ningún doble efecto. Si, por tanto, se deja de hidratar y alimentar a un paciente que se encuentra en un permanente estado vegetativo, ¿cómo es posible que no pretendamos que dicha persona muera? Normalmente lo racionalizamos diciendo que estamos respetando el derecho de nuestro paciente a rehusar un tratamiento, en vez de aceptar el derecho a morir”.

Caso 3

“Consideremos el siguiente caso que

se presentó ante una comisión ética. Una paciente competente se está muriendo de un cáncer de ovarios muy extendido. Tenía heridas malolientes y supurativas, no se podía mover debido a una enorme ascitis (inflamación del abdomen) y pasó a un estado de delirio y alucinaciones a causa de la morfina que le estaban dando. No podía aguantar más, así que pidió que le dieran una sobredosis diciendo que estaba lista para morir. La comisión decidió que recomendarían la sedación para hacer que perdiera la conciencia y así dejarla morir de deshidratación. De nuevo la cuestión estriba en si la muerte era intencionada y si moralmente importaba. ¿De quién son las necesidades que se satisfacen con esta decisión? ¿Son las necesidades del paciente o las que tienen los miembros de la comisión de creer que no tomaron parte activa en dicha muerte? Existen numerosos ejemplos de este tipo en los que tomamos decisiones bastantes extrañas y necesitamos preguntarnos a nosotros mismos si lo hacemos por nuestro bien o por el del paciente.”

En los tres supuestos descritos por la Dra. Cassel se advierte la pretensión de rehuir el problema real: decidir sobre la muerte de una persona, buscando una solución clínica que produzca directamente un efecto secundario e indirectamente la muerte. Se salva así la responsabilidad de provocar directamente la muerte del paciente, sustituyendo por una situación provocada al efecto y que reconduce el problema a un caso de eutanasia activa indirecta o eutanasia pasiva. El eufemismo ético está servido.