

Por Ley



Morir con dignidad

Por Ricardo De Lorenzo, socio-director de De Lorenzo Abogados

La **muerte de Brittany Maynard**, la joven de 29 años con un **cáncer terminal**, que murió el pasado sábado tras ingerir voluntariamente una dosis letal de barbitúricos en su casa de Portland, Oregón, reabre la discusión sobre la **eutanasia**. El caso de Maynard ha resucitado el debate sobre el **derecho a morir dignamente** en EEUU. Joven, recién graduada y apenas un año después de haber contraído matrimonio, sus médicos le dieron seis meses de vida al encontrarle un glioblastoma en estado 4.

Tras desestimar las **opciones paliativas** que la sanidad de su estado natal de California le ofrecía, se trasladó al vecino Oregón para acogerse a la Ley para una Muerte Digna, vigente en este estado, abriéndose a nivel mundial nuevamente el recurrente debate sobre la eutanasia de la que se omite el apellido de "activa o directa".

Arthur Caplan, de la División de Ética Médica de la Universidad de Nueva York, ha publicado en Medscape que el caso Maynard puede hacer cambiar la opinión e incluso las valoraciones éticas de las nuevas generaciones de norteamericanos, más abiertos y tolerantes a asuntos como el matrimonio gay o el uso de marihuana y que pueden afrontar futuras leyes a una Muerte Digna del mismo modo.

Y como no podía ser de otro forma, también nuestros medios se ha reabierto el debate sobre la base de la declaración de que el 90 por ciento de los españoles estaban a favor de la Eutanasia lo que pone de actualidad la **Declaración sobre la Eutanasia de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos**, cuando llamaba la atención sobre la necesidad de aclarar los conceptos utilizados a la hora de analizar esta cuestión.

Confusiones terminológicas de la que son ejemplo estos debates, que no ayudan a progresar en una reflexión serena y coherente, tal como la sociedad está demandando, que en mi opinión no es el de la legalización de la eutanasia y en cambio sí existe una realidad social al aseguramiento de la protección de la dignidad de las personas en el proceso final de su vida y la garantía del pleno respeto de su libre voluntad en la toma de decisiones sanitarias que les afecten en dicho proceso.

Todo lo que desde el punto de vista bioético es admisible, es lícito, y también es lícito desde el punto de vista del Derecho Penal vigente en España, sobre todo a partir de la entrada de nuestro Código Penal de 1995, en vigor desde el 24 de mayo de 1996. Nuestro Código Penal provenía de 1848, y ahí la única importancia que se daba al consentimiento en el tema de la muerte, era la tipificación de la inducción y el auxilio al suicidio y del homicidio consentido.

La conducta de auxilio al suicidio sería, cuando alguien le proporciona a otro una sobredosis de morfina o cianuro. Y el homicidio consentido era cuando alguien, personalmente, ya no inducía o ayudaba, sino que mataba a otra persona con su consentimiento, y, en ese caso, la pena que se imponía, (teniendo en cuenta el consentimiento del sujeto pasivo, de la persona que moría), era menor que la de homicidio.

Pero desde el año 1848 hasta el año 1995, en que se promulgó el Código Penal actualmente vigente, se han producido grandes avances médicos, que hacen aparecer el problema de la eutanasia con más virulencia que hasta entonces, porque todos estos avances permiten mantener con vida a las personas. Pero esos avances se han ideado, no para prolongar la agonía, sino para poder recuperar a una persona y sacarla de las garras de la muerte, no para prolongar indefinidamente esa agonía. Esos medios están ahí, y si no se utilizan, como sería su sentido, para tratar de recuperar a una persona y que no se muera, sino para procurar una agonía, en ese caso esa práctica no parecía lícita, pero el Código Penal nada decía.

Como consecuencia de todos esos avances médicos, se produjo a nivel internacional una discusión sobre la eutanasia despenalizando Holanda y Bélgica e incorporando Suiza el suicidio asistido

manteniéndose doctrinalmente, en España, Alemania, Francia e Inglaterra, la distinción de las tres clases de eutanasia:

La **eutanasia indirecta**, a través de la administración de sedantes al enfermo terminal, en los cuales la intención no es la de provocar la muerte del paciente, sino aliviar su dolor. Ese es el propósito, pero se acepta secundariamente que eso supone un acortamiento de la vida. Eso sería la eutanasia indirecta.

La eutanasia pasiva consistiría en no tratar a un enfermo desahuciado, por ejemplo no tratar una pulmonía de una persona que padece un cáncer terminal, o retirar un respirador a un politraumatizado al que le queda poco de vida. La antítesis de la eutanasia pasiva sería el encarnizamiento médico. Y, finalmente, la eutanasia activa o directa, que es cuando el propósito de la persona que aplica una determinada sustancia, (cianuro o sobredosis de morfina, por ejemplo), es acabar con la vida del paciente de manera inmediata.

Estos son los tres casos que examinados por la doctrina científica y que tuvo en cuenta el legislador español al promulgar el vigente Código Penal de 1995. Ahora Brittany Maynard es la última en incorporarse a la lista de enfermos que han planteado su deseo de poner fin a sus vidas, como lo fue Madeleine de Alicante, Ramón Sanpedro y Jorge León en nuestro País; Vincent Lambert, en Francia; Piergiorgio Welby, en Italia y Josiane Chevrier, en Suiza, más un largo ya etcétera.

Es un hecho constatable que el progresivo aumento del envejecimiento en el último siglo debido, en gran parte, a los avances de la Ciencia Médica, ha provocado un aumento de la esperanza de vida de la población. Según datos de la Organización Mundial de la Salud, el 60 por ciento de los fallecimientos que se produzcan en el año 2025 afectarán a personas mayores de 65 años, y de estos el 40 por ciento serán personas mayores de 75 años.

De este modo, el **envejecimiento de la población** es uno de los factores que han de tenerse en cuenta en la planificación de las políticas sanitarias, al ser, cada vez mayor, el número de ancianos que demandan la prestación de la asistencia sanitaria, hecho este que condiciona la necesidad de una prestación que incluya, desde la prevención de la incapacidad hasta la asistencia al final de la vida, final de la vida en la que la Eutanasia activa directa no es precisamente una cuestión Médica.