

PLIEGO

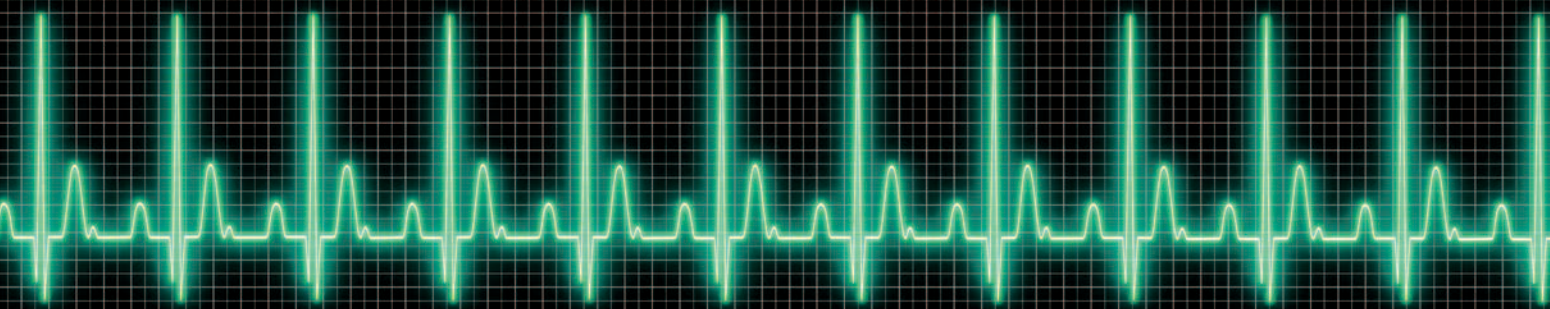
Vida Nueva
3.022. 4-10 DE
FEBRERO DE 2017



Las leyes de final de la vida

JOSÉ RAMÓN AMOR PAN

Doctor en Teología Moral y especialista en Bioética



Las leyes sobre derechos de los pacientes al final de la vida han acaparado la escena pública, dentro y fuera de nuestras fronteras, durante la presente década. Sin embargo, detrás de todas estas legislaciones –siempre polémicas y, a menudo, fuertemente ideologizadas–, aparece el eterno debate sobre la eutanasia. En vísperas de la Jornada Mundial del Enfermo (11 de febrero), la fragilidad y el dolor se presentan como “una dura prueba para todos, también para el personal médico”, nos recuerda el papa Francisco. Y es que, cuando está juego la dignidad humana, no bastan las leyes para configurar una sociedad. A la postre, las convicciones morales son la única garantía de que se respeten los derechos.

Si en la década pasada asistimos a la proliferación de leyes autonómicas sobre consentimiento informado y autonomía del paciente, a las que debemos sumar una ley estatal (la famosa Ley 41/2002, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica), la segunda década de este atormentado siglo XXI va a ser la década de las leyes sobre derechos de los pacientes al final de la vida. ¿Será también la de la eutanasia?

Como muchos de ustedes recordarán, abrió esta infernal carrera **Andalucía** con su Ley 2/2010, de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de la muerte. Estaban muy cercanos en el tiempo lo acaecido en el Servicio de Urgencias del Hospital Severo Ochoa de Leganés (Madrid) y el caso de **Inmaculada Echevarría** (Hospital San Rafael de Granada)¹. En su exposición de motivos leemos: “El derecho a una vida humana digna no se puede truncar con una muerte indigna. El ordenamiento jurídico está, por tanto, llamado también a concretar y proteger este ideal de la muerte digna”.

La expresión “muerte digna” puede resultar muy gráfica e incluso poética, pero es imprecisa, ambigua y está fuertemente ideologizada, hasta el punto de pasar por sinónimo de eutanasia. En España, por ejemplo, los partidarios de la eutanasia se agrupan en la Asociación Derecho a Morir Dignamente.

Más sangrante todavía es lo que está sucediendo en México D.F., que actualmente está revisando

su Constitución. Leemos en *El País*: “Ciudad de México aprueba el derecho a la muerte digna. Tras reconocer las bodas gays y el aborto, la capital mexicana abraza la causa de la eutanasia”². En idéntico sentido se expresan el resto de medios de comunicación. Cuando el texto aprobado en sesión del 4 de enero de 2017 dice, literalmente: “Artículo 11: Ciudad de libertades y derechos. A) Derecho a la autodeterminación personal: toda persona tiene derecho a la autodeterminación y al libre desarrollo de una personalidad. Este derecho humano fundamental deberá posibilitar que todas las personas puedan ejercer plenamente sus capacidades para vivir con dignidad. La vida digna contiene implícitamente el derecho a una muerte digna”. Pero la culpa, ojo, no es de los periodistas. Pues **Jesús Ortega**, el diputado que propuso el texto, identifica muerte digna con eutanasia. No solo eso. Alguien tan reputado como **Diego Valadés Ríos**, exministro de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, afirma cosas tales como que “en Estados Unidos hay leyes sobre la eutanasia en Washington, Oregón y California; también en los Países Bajos, en Bélgica, Francia, Alemania y España”³, que no son ciertas. ¿Me comprenden ahora?

El tema de la eutanasia no debe confundirse nunca con la limitación del esfuerzo terapéutico, el rechazo del tratamiento o la sedación paliativa/terminal. Lo contrario, es enrarecer el análisis, cuando no intentar manipular el debate.

Volvamos a nuestro país. **Valencia**, hasta donde sabemos, ha sido la última comunidad autónoma

en incorporarse a esta moda. El pasado 22 de diciembre se presentó públicamente el borrador del anteproyecto de Ley de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de atención al final de la vida, en un acto celebrado en el Aula Magna de la Facultad de Medicina de la Universidad de Valencia al que asistieron más de 400 personas.

Pocos días antes, el 2 de diciembre, el Grupo Parlamentario Ciudadanos presentaba en el registro del Congreso de los Diputados, para su consideración y debate en el Pleno, una proposición de Ley de derechos y garantías de la dignidad de la persona ante el proceso final de su vida. Es decir, parece que vamos a tener también una ley estatal sobre esta materia en esta legislatura.

Entre medias, otras seis comunidades autónomas han aprobado leyes en esta materia: **Aragón** (Ley 10/2011, de 24 de marzo, de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de morir y de la muerte), **Navarra** (Ley Foral 8/2011, de 24 de marzo, de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de la muerte), **Canarias** (Ley 1/2015, de 9 de febrero, de derechos y garantías de la dignidad de la persona ante el proceso final de su vida), **Baleares** (Ley 4/2015, de 23 de marzo, de derechos y garantías de la persona en el proceso de morir), **Galicia** (Ley 5/2015, de 26 de junio, de derechos y garantías de la dignidad de las personas enfermas terminales) y **País Vasco** (Ley 11/2016, de 8 de julio, de garantía de los derechos y de la dignidad de las personas en el proceso final de su vida).

Además, la Asamblea de **Madrid**, en la sesión celebrada el 14 de julio de 2016, tomó en consideración por unanimidad la Proposición de Ley 8/2016, de derechos y garantías de las personas en el proceso final de la vida, presentada por el Grupo Parlamentario Socialista.

Y así llegamos al 18 de enero de 2017 (sí, hace solo unos días, aunque el hecho pasó prácticamente desapercibido), cuando el Grupo Parlamentario Unidos Podemos presentó en el Congreso de los Diputados una proposición de ley orgánica sobre la eutanasia. Saben que no puede prosperar, porque necesita

mayoría absoluta. Pero el caso es enredar, insistir machaconamente en que lo bueno, lo progresista, lo moderno, lo democrático, es despenalizar la eutanasia.

Para terminar este bosquejo, debemos añadir un par de datos más. El Consejo de Ministros presidido por **José Luis Rodríguez Zapatero** aprobó en su sesión del 10 de junio de 2011 el Proyecto de Ley reguladora de los derechos de la persona ante el proceso final de la vida, a propuesta de la ministra de Sanidad, Política Social e Igualdad, la señora **Leire Pajín**. La victoria electoral de **Mariano Rajoy** en las elecciones del 20 de noviembre de ese mismo año dio al traste con esa iniciativa legislativa.

El otro dato que quiero compartir con ustedes es el siguiente: en la legislatura 1996-2000, la primera en la que gobernó **José María Aznar**, se creó en el Senado una Comisión Especial de Estudio sobre la Eutanasia. Dicha comisión se constituyó el 17 de marzo de 1998 y finalizó sus trabajos el 18 de enero de 2000. Ante ella comparecieron un número importante de destacadas personalidades que procedían de diversos campos. Estas declaraciones se recogen en el Diario de Sesiones del Senado, lo que ha producido un interesantísimo material para el estudio de la eutanasia en España. Se citan por el nombre del compareciente y fecha; así, por ejemplo: **Francesc Abel**, Diario de Sesiones del Senado, 16 de febrero de 1999. No es verdad, pues, que nuestro Parlamento no haya estudiado el tema de la eutanasia, como dicen algunos: cosa muy distinta es que el resultado fuese el apetecido por esas determinadas opciones políticas e ideológicas, que tratan de convertirnos por agotamiento.

Podemos concluir, por consiguiente, que estamos ante un tema muy presente en los últimos años en el debate público, dentro y fuera de nuestras fronteras; y que detrás de todo ello se esconde, sin ninguna duda, el debate que se refiere a la eutanasia. Pero las comunidades autónomas no pueden aprobar la eutanasia, que es el verdadero quid de la cuestión y lo que realmente se está buscando, porque esa es una competencia estatal. Así, recordemos que el artículo 143 del Código Penal es el que prohíbe y castiga dicha práctica:

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 cooperare activamente con actos necesarios y directos a la muerte de otro, por la petición expresa, seria e inequívoca de este, 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.

DERECHO, MEDICINA, BIOÉTICA

Sin duda, el ordenamiento jurídico es un factor importante en la configuración de la sociedad. Pero no es el único; también



está la ética. Derecho y ética se relacionan necesariamente, pero no se identifican. No todo tiene que estar regulado por el derecho. Como también es cierto que no todas las prácticas admitidas por el ordenamiento jurídico resultan éticamente correctas, de lo cual sobran ejemplos.

Los políticos suelen estar ansiosos por demostrar que pueden dar una respuesta concreta a los problemas, que realmente están trabajando al servicio de la sociedad. Por lo que respecta a nuestro país, esta mentalidad se ha ido incrementando notablemente desde la creación de las comunidades autónomas. Y se ha generado una concepción mágica de la ley: con disponer de una ley ya arreglamos cualquier problema. Cuando lo bien cierto es que decir o proclamar algo no es lo mismo que creérselo y, mucho menos, es lo mismo que hacerlo.

Como señala **Adela Cortina**, “para que una sociedad sea justa no bastan las leyes jurídicas (...). Las leyes pueden eludirse, manipularse y tergiversarse; sobre todo, por parte de los poderosos. Por eso creo que la única garantía de que los derechos se respeten consiste en que las personas estén convencidas de que vale la pena hacerlo (...); una convicción moral vale más que mil leyes”⁴. Los pueblos se salvan o se hunden por algo anterior a las leyes: los usos y costumbres, los hábitos morales, los ideales de vida, las tradiciones. Este es el punto fundamental. Y este es al que prioritariamente deberíamos atender.

El contenido de todas estas leyes sobre final de la vida es un clon de la primera de ellas, la andaluza. No añaden ningún derecho ni ningún tipo de nueva libertad, salvo en algunas de ellas el relativo a disponer de una habitación individual para pasar los últimos días de vida con la mayor intimidad posible y el acompañamiento de los suyos: pero cualquiera de mis lectores puede comprobar por sí mismo el grado de cumplimiento de esta obligación legal.

Resulta bochornosa, de verdad, la reiteración de derechos que, si no están sólidamente asentados en la praxis asistencial y en el acervo social no es por falta de apoyo legal, sino por otras razones, tales como el

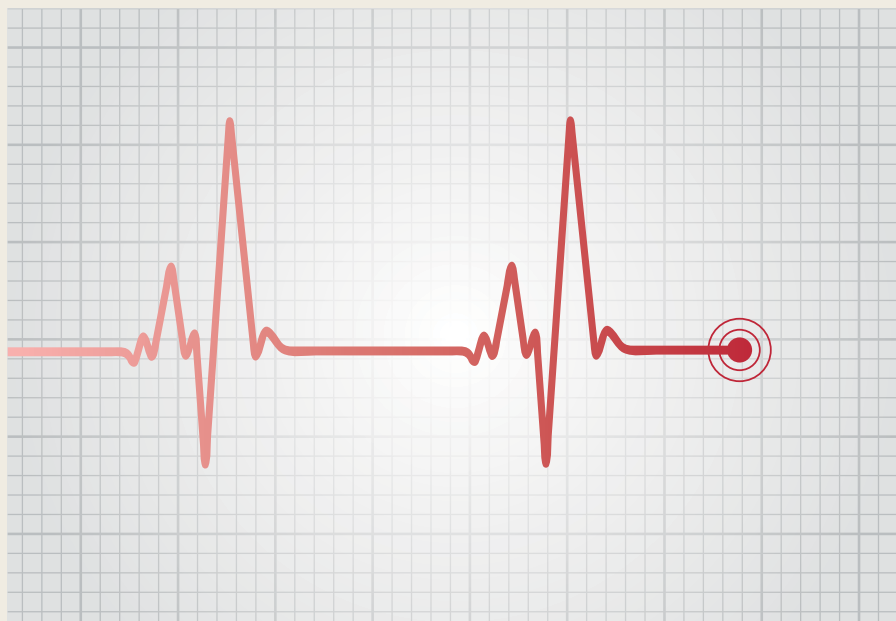
derecho a la información, el derecho a la intimidad, el derecho a rechazar un tratamiento, el derecho a emitir un documento de instrucciones previas, el derecho a recibir unos cuidados paliativos integrales y de calidad, el derecho a recibir el asesoramiento del respectivo Comité de Ética Asistencial, etc. Se trata tan solo de lo que podríamos calificar como *leyes pastel*, que sirven de adorno y para tratar de quedar bien (de progresista) ante el electorado. Que los políticos actúen solo por razones de interés electoral, que se debata y se decidan los asuntos públicos en función de cómo se perciban los estados de opinión respecto a la oportunidad de atender las necesidades sociales dentro de un esquema de prioridades, me parece –aparte de inmoral– enormemente peligroso. No confundamos la bioética con la estética y, mucho menos, con la cosmética.

Veamos lo acontecido en Galicia. Justo cuando acababa de entrar en vigor su flamante Ley 5/2015, estalla el dramático caso de **Andrea**, la pequeña de 12 años aquejada de síndrome de Aicardi-Goutières, una enfermedad neurodegenerativa, de inicio precoz y curso clínico grave y progresivo, una enfermedad irreversible e incurable. Un caso que se ajustaba totalmente a los contenidos de dicha ley, ante el que no cabía la menor duda, como refleja tanto el dictamen del Comité de Ética Asistencial del Complejo Hospitalario Universitario de Santiago –CHUS– (de fecha 14 de septiembre de 2015) como el auto del Juzgado de Primera Instancia número 6 de Santiago de Compostela (de fecha 9 de octubre de 2015).

Y, sin embargo, ya sabemos lo que pasó. El Servicio de Pediatría del CHUS se oponía a la petición de los padres de retirada de la hidratación y nutrición artificial a través de gastroscopia, la cual estaba provocando claramente dolor a la paciente y no servía para otra cosa que para alargar el proceso de muerte que se había iniciado, pues ni siquiera se le podían administrar las dosis ordinarias de nutrientes porque la paciente no las toleraba. En sede parlamentaria, la consejera de Sanidad de la Xunta de Galicia se permitió calificar la petición de los padres como ¡eutanasia activa directa!, todo un ejercicio de arqueología bioética, evidenciando a las claras el total desconocimiento del texto legal que su propio gobierno había aprobado. Y, a pesar de que la Ley 5/2015 contempla un apartado de sanciones, los clínicos implicados se fueron de rositas (y alguno aún tuvo más que decir).

EL RETO: SABER ACOMPAÑAR, SABER DEJAR PARTIR

Lo que faltan, por consiguiente, no son textos legales (hay una auténtica inflación normativa), sino actitudes, formación y voluntad de cumplir con lo que esos textos legales prescriben, que no es más que el acervo bioético decantado en una larga y exquisita deliberación prudencial. No pocos sanitarios siguen anclados en el viejo modelo paternalista de relación médico-paciente, en el que, a veces incluso con gran arrogancia y prepotencia, se considera que el único que está capacitado para tomar decisiones adecuadas es el clínico.





- ¿Qué es bueno para el paciente terminal? Lo que tenemos que buscar: principio de beneficencia.
- ¿Qué es malo para el paciente terminal? Lo que tenemos que evitar: principio de no maleficencia.
- ¿Qué quiere el paciente terminal? Lo que tenemos que considerar y atender: principio de autonomía.
- ¿Qué es justo en la atención del paciente terminal? Pensando en el paciente y en la sociedad: principio de justicia.

Esas cuatro preguntas, respondidas con humildad, con humanidad y de manera dialogante, conforman la mejor guía moral para acompañar a una persona enferma en el tramo final de su vida. Es la cultura que desde sus inicios trata de instaurar la bioética.

Y a eso hay que dedicar recursos, humanos y materiales, a formar en bioética a los profesionales sanitarios. Mucho se ha hecho, pero hay que reconocer que es muchísimo lo que resta por hacer. Y respecto a los cuidados paliativos, la cosa no está mucho mejor. Como dice mi amigo **Paco Barón**, “ahora hay que hacer cuidados paliativos al plan de paliativos”. En una magnífica tesis doctoral, defendida en diciembre de 2015 en la Facultad de Medicina de la Universidad de Santiago de Compostela, este oncólogo del Clínico santiagoés evidenciaba que el 25% de los enfermos terminales de cáncer

sufren agresividad terapéutica. Lo cual es, a todas luces, una barbaridad para los propios pacientes, pero también para sus familiares, para el sistema público de salud (que desperdicia recursos) y para los profesionales que en él trabajan (que se queman).

¡Ese es el verdadero tema, el de la obstinación terapéutica, y no el de la eutanasia! **Diego Gracia** escribió hace 20 años unas palabras que, salvo por la terminología activa/pasiva, conservan su plena vigencia: “El mejor antídoto de la eutanasia activa, siempre peligrosa, es la eutanasia pasiva, el respetar el cuerpo de los pacientes cuando estos se hallan en situación muy comprometida y no desean seguir adelante. La naturaleza, hoy como siempre, es la que acabará haciendo lo demás. La naturaleza, no el médico”⁵.

UN ÚLTIMO APUNTE: LA PENDIENTE RESBALADIZA

Siempre dije que la cuestión de la aceptación de la eutanasia no era una cuestión deontológica, sino consecuencialista. Esto quiere decir que el problema ético no está en los principios, sino en lo que implica la aceptación de dicha práctica, en sus consecuencias. Como señalaron **Tom L. Beauchamp** y **James F. Childress** en su espléndida obra *Principios de ética biomédica*, un texto de obligada referencia en el ámbito de la bioética:

“El problema es que aceptar una práctica habitual o una norma que permita matar puede dar lugar a abusos y, ponderando, puede causar más perjuicios que beneficios. No es que los abusos se vayan a producir inmediatamente, pero sí irán aumentando con el paso del tiempo (...). Las reglas de nuestro código moral que nos impiden causar la muerte a otra persona no son fragmentos aislados. Son hilos en el tapiz de reglas que defienden el respeto por la vida humana. Cuantos más hilos retiremos, más débil será el tapiz. Si analizamos no solo la modificación de las reglas, sino también la modificación de las actitudes, veremos que los cambios en la normativa pública también pueden debilitar la actitud general de respeto por la vida humana. Las prohibiciones suelen tener importancia práctica y simbólica, y retirarlas puede debilitar una serie de hábitos, limitaciones y actitudes irremplazables”⁶.

Probablemente tenían en mente las tesis que **Peter Singer**, **H. T. Engelhardt** y algunos otros venían formulando desde hacía un tiempo. Así, por ejemplo, este último escribe:

“Las personas gravemente seniles y los retrasados mentales profundos no son personas en este sentido tan importante y decisivo. Tampoco lo son quienes padecen graves lesiones cerebrales (...). El riesgo de envejecer con la única perspectiva de encontrarse física y mentalmente disminuido quizá sea más de lo que pueda soportar la sociedad secular en general o la persona en particular. En el futuro será cada vez mayor el riesgo, puesto que serán más las personas que vivan por encima de los ochenta y cinco años, no ya de sufrir los achaques menores de la edad, sino de pasar meses, incluso años, necesitando asistencia generalizada, riesgo que se evitaría si se permitiese a las personas ordenar que se les diese muerte sin dolor en ciertas circunstancias previamente especificadas. Las personas no temerían envejecer hasta el extremo de que la vida se convierta en una indignidad para ellos mismos y en una carga para los demás. Se-



ría una forma de actuar, que no solamente eliminaría este temor, sino que liberaría recursos para el cuidado de la salud y aumentaría el placer de la vida, mientras pudiera vivirse satisfactoriamente”⁷.

Ideas que algunos neurocientíficos muy presentes en los debates públicos también suscriben. Por ejemplo, **Michael S. Gazzaniga** nos dice que los pacientes con demencia senil ya no son miembros de nuestra especie “y, aun así, nos negamos a aceptar esta idea. Los cuidadores de los pacientes con demencia senil observan constantemente ‘momentos de lucidez’, y se aferran a tales momentos para mantenerse al lado del enfermo durante horas, días y años deprimentes. El cuidador interpreta las palabras espontáneas del paciente como una muestra de lucidez, cuando en realidad ya no hay nadie presente (...). Una cuestión particularmente espinosa es la de si se alcanza, durante el envejecimiento, un límite a partir del cual el anciano merece menos respeto porque su cerebro se ha deteriorado hasta el punto de no sustentar la cognición”⁸. Y sigue diciendo un poco más adelante:

“Podemos tomar como analogía el caso de Nelly, su primer coche. Nelly forma parte de su vida y de su historia. Usted aprendió a conducir en ese coche, su primera novia viajó en él, y quién sabe cuántas cosas más sucedieron en

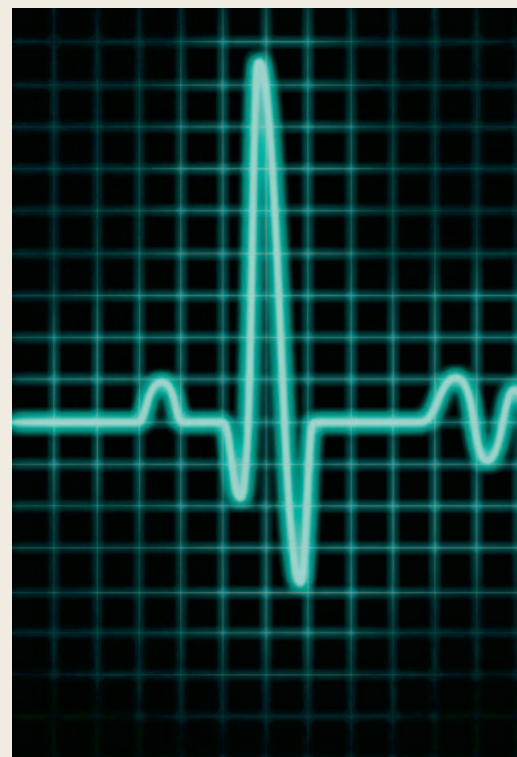
el interior de aquel vehículo. Pero Nelly ha empezado a oxidarse, a fundirse, a deteriorarse, y GM ha dejado de fabricar piezas para ese modelo. Sin embargo, su soma –su cuerpo– sigue ahí, y aunque Nelly sigue aparcado al lado de su nuevo Honda, perdura en su mente y usted no desea librarse de él. El abuelo tiene demencia senil: es una sombra de su antiguo yo. Está oxidado; no le funcionan correctamente las neuronas a pesar de que sigue consciente de un modo automático y superficial. Su soma perdura, y cada vez que usted lo ve, recuerda su personalidad, aunque para él ya no existe aquel recuerdo. Lo cierto es que Nelly y el abuelo tienen mucho en común. Al igual que Nelly, el abuelo es un estímulo para el estado mental de su nieto, no para el suyo propio. El abuelo vive en usted, no en sí mismo, al igual que Nelly.

Por muy racionales que seamos en lo que respecta a la verdad neurocientífica de que el abuelo ya no está entre nosotros, son pocos los que se atreven a denegarle el estatus moral”⁹.

La simple comparación que este autor utiliza me parece absolutamente escandalosa. Es curiosa esta manía de los racionalistas y los materialistas por elevar el estatuto antropológico de animales y máquinas, al tiempo que devalúan el de aquellos seres humanos que están en una mayor situación de fragilidad,

vulnerabilidad y dependencia, como es el caso de las personas con discapacidad intelectual o los ancianos con demencia.

[Permítanme hacer una pequeña digresión: el bombo publicitario sobre los resultados neurocientíficos, especialmente aquellos que se presentan en forma de escáneres cerebrales, iniciado en la década de 1990, no muestra signos de ceder. No es, conviene subrayarlo, un evento puro de los medios de comunicación. Además de los múltiples desarrollos que pueden estar conectados a ellos –desde el auge de la psiquiatría biológica y los intereses de la industria farmacéutica a la privatización de los sistemas de salud y los intereses de las compañías de seguros–, el bombo publicitario sobre los resultados neurocientíficos subraya el dominio, en todas las sociedades industrializadas y altamente medicalizadas, de una cierta visión del ser humano. Tanto si se toma en un sentido ontológico como metodológico, la creencia en la consustancialidad del yo-cerebral parece haber impulsado la investigación neurológica. La idea de que *somos nuestro cerebro* no es un corolario de los avances de las Neurociencias, sino un prerrequisito de la investigación neurocientífica. Esta no es una observación normativa, sino histórica, que construye el significado y el



sentido de la *cerebralidad* como una ideología del yo sin justificarla ni darle el adecuado fundamento]¹⁰.

Pero, más allá del debate de ideas y las especulaciones teóricas, está la fuerza de los hechos. La buena Bioética comienza con buenos datos, solía repetir **Javier Gafo**. Pues bien, ¿qué está sucediendo en Holanda? Que no dejan de ampliarse los supuestos de eutanasia. Recuérdese que Holanda (ley del año 2001, aunque había sido admitida vía jurisprudencial ya a comienzos de los años 1990), Bélgica (2002) y Luxemburgo (2008) son los únicos países del mundo que admiten la eutanasia. Suiza, varios estados norteamericanos (Oregón, Washington, Montana, Vermont y California) y Quebec en Canadá admiten solamente el suicidio asistido.

En octubre 2016, conocíamos que el Gobierno de Holanda pretende expandir la asistencia al suicidio para incluir a aquellas personas que sientan que su vida llegó a su fin y deseen morir, incluso si no están enfermas. Los ministros de Sanidad y Justicia enviaron una carta al Parlamento holandés en ese sentido¹¹. La ley holandesa de 2001 solo permite la eutanasia si el paciente padece una enfermedad incurable, sufre dolores insoportables y ha expresado claramente que desea morir, o sea, lo que siempre se ha entendido por eutanasia.

Ya se había conocido el caso de una veinteañera holandesa (identificada con el número 2015-64) que había conseguido que se le practicase la eutanasia por ser incapaz de recuperarse de las heridas psicológicas provocadas por los abusos sexuales que sufrió en su infancia, abriendo de ese modo una nueva frontera (y una nueva polémica) sobre el llamado suicidio asistido. La mujer había sufrido abusos sexuales desde los 5 hasta los 15 años y, a causa de ello, padecía un fortísimo estrés postraumático y graves problemas mentales de los que no conseguía recuperarse a pesar de llevar años y años en tratamiento. Así que solicitó que se le practicara la eutanasia, y los médicos que la trataban dieron su visto bueno para que se le permitiera cumplir su deseo, a fin de evitarle más dolor y sufrimiento.

Según los médicos, los problemas que sufría la mujer eran incurables, e incluían anorexia, depresión crónica, alucinaciones, obsesiones, tendencia al suicidio, compulsiones y autolesiones. Sin embargo, siempre según los galenos, todo ello no le impidió decidir de manera lúcida e independiente que deseaba acabar con su vida sin sufrimiento¹².

Un año antes, un treintañero identificado con la referencia 2014-77 tuvo la misma prescripción médica. Había sido víctima de abusos sexuales en su infancia y le fue detectado

autismo a los 10 años de edad. Batalló contra la enfermedad física y la psicológica durante dos décadas, pero finalmente recurrió al psiquiatra para hacer una solicitud “voluntaria y bien fundada” de poner fin al sufrimiento “insostenible” de una “condición mental incurable”. Su médico, considerando que había esperanzas, se negó a autorizar la eutanasia y, como exige la ley, transmitió la petición a otros especialistas que, finalmente, aprobaron la solicitud.

La discusión sobre la eutanasia no es un asunto que se reduce a la esfera de la conciencia de cada persona, como dicen algunos; es una cuestión abiertamente social y política. Por eso, mantener la penalización sobre esta práctica no es una carga desproporcionada e injusta sobre la autonomía de algunas personas; es una decisión fundamental sobre el tipo de sociedad que pretendemos y es una medida protectora de las personas más vulnerables y dependientes, quienes, aunque están poco apreciadas por la cultura actual, poseen un valor ontológico fundamental para la constitución de una sociedad moralmente aceptable.

La experiencia holandesa demuestra la enorme dificultad práctica de mantener una línea estricta de control en el tema de la eutanasia para no bajar la guardia en relación con los criterios inicialmente establecidos. Es la pendiente resbaladiza. En el contexto de sociedades envejecidas e individualistas, en donde los ancianos y las personas dependientes en general cada vez tienen menos valor social, es preocupante adónde puede llevar una despenalización de la eutanasia. Una vez que una sociedad permite que una persona quite la vida a otra basándose en sus mutuos criterios privados de lo que es una vida digna, no puede existir una forma segura para contener el virus mortal así introducido. Irá adonde quiera. Además, la eutanasia no está tan lejos de la eugenesia, como la historia nos demuestra.

Juzgar un acto moralmente incorrecto no implica necesariamente que el gobierno deba prohibirlo o negarse a subvencionarlo. De manera similar, juzgar un acto moralmente aceptable no implica que la ley deba permitirlo. La tesis de que la

LAS LEYES DE FINAL DE LA VIDA

eutanasia está moralmente justificada cuando los pacientes se hallan sometidos a un dolor y un sufrimiento incontables y piden la muerte es compatible con la tesis de que el gobierno debe prohibir tajantemente dicha práctica, ya que en otro caso

resultaría imposible evitar los abusos. Me preocupan mucho consideraciones como las que hace Peter Singer: "Es posible que la legalización de la eutanasia voluntaria signifique, al cabo de los años, la muerte de unas cuantas personas que de otra

manera se habrían recuperado de su enfermedad inmediata y habrían vivido durante algunos años más. Sin embargo, este no es un argumento definitivo, tal y como algunos imaginan, contra la eutanasia. En contraposición a un número muy pequeño de muertes innecesarias que pueden tener lugar si se legaliza la eutanasia, debemos situar la gran cantidad de daño y angustia que se sufrirá, si la eutanasia no se legaliza, por parte de enfermos realmente terminales"¹³. Para mí, esas muertes innecesarias decantan claramente el debate del lado de la prohibición.

Finalizo mi exposición con unas líneas del discurso del papa Francisco a una representación de médicos españoles y latinoamericanos, pronunciado el 9 de junio de 2016: "Qué bien se entiende la recomendación de san Camilo de Lellis para tratar a los enfermos. Dice así: 'Pongan más corazón en esas manos'. La fragilidad, el dolor y la enfermedad son una dura prueba para todos, también para el personal médico, son un llamado a la paciencia, al padecer-con; por ello no se puede ceder a la tentación funcionalista de aplicar soluciones rápidas y drásticas, movidos por una falsa compasión o por meros criterios de eficiencia y ahorro económico. Está en juego la dignidad de la vida humana; está en juego la dignidad de la vocación médica". A mí, como al papa Francisco, me preocupa esta cultura del descarte que se está construyendo y que se impone como único modo de vida. ●

Notas

1. Pablo Simón y otros, *Ética y Muerte Digna. Historia de una ley*. Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, Sevilla, 2012.
2. http://elpais.com/elpais/2017/01/06/opinion/1483719988_221319.html
3. <https://www.elsoldemexico.com.mx/metropoli/564096-derecho-a-la-muerte-digna-paso-crucial-valades>
4. Adela Cortina, *El quehacer ético*. Santillana, Madrid, 1996, p. 37.
5. AA.VV., *Morir con dignidad: dilemas éticos en el final de la vida*. Fundación Ciencias de la Salud, Madrid, 1996, p. 139.
6. Tom L. Beauchamp y James F. Childress, *Principios de ética biomédica*. Masson, Barcelona, 1999, pp. 217-219.
7. H. Tristram Engelhardt, *Los fundamentos de la bioética*. Paidós, Barcelona, 1995, pp. 257 y 393-394.
8. Michael S. Gazzaniga, *El cerebro ético*. Paidós, Barcelona, 2006, pp. 42-43.
9. *Ibid.*, pp. 45-46.
10. Abordo ampliamente esta cuestión en mi libro *Bioética y Neurociencias. Vino viejo en odres nuevos*. Instituto Borja de Bioética, Barcelona, 2015. Ver también: Fernando Vidal, "Brainhood, anthropological figure of modernity", en *History of the Human Sciences*, 22 (2009), pp. 5-36.
11. <http://www.elmundo.es/sociedad/2016/10/13/57ffc565ca4741cc1c8b4602.html>
12. <http://www.elmundo.es/sociedad/2016/05/11/57330f2de5fdea9a0e8b463b.html>
13. Peter Singer, *Ética práctica*. Cambridge University Press, Cambridge, 1995, pp 236-237 y 244.

BOLETÍN DE SUSCRIPCIÓN / ESPAÑA: 114,50 € / UE: 171,60 € / OTROS PAÍSES: 165 € / 47 NÚMEROS AL AÑO

Tel: 914 226 240 / Fax: 914 226 117 / suscripciones@ppc-editorial.com / www.vidanueva.es

Nombre y Apellidos:

Dirección: C.P.:

Población: Provincia: País:

CIF/NIF (DNI): E-mail: Tel:

FORMA DE PAGO

☐ Adjunto cheque bancario a nombre de PPC, S.A.



C/ Impresores 2 Urb. Prado del Espino, 28660 Boadilla del Monte [Madrid]
Tel.: 914 226 240 / Fax: 914 226 117 / Correo electrónico: ppcredit@ppc-editorial.com

Le informamos que sus datos serán incorporados con fines mercantiles al fichero de Clientes del que es responsable PPC, Editorial y Distribuidora, S. A., C/ Impresores 2 Urb. Prado del Espino 28660 Boadilla del Monte, Madrid. Los datos que nos facilite podrán ser cedidos con fines comerciales incluida publicidad por medios electrónicos, a las empresas de nuestro Grupo que constan en la siguiente URL: <http://www.grupo-sm.com>; si usted no lo desea, por favor, comuníquenoslo.

☐ Domiciliación bancaria (rellenar los datos de la cuenta)

IBAN	ENTIDAD	OFICINA	DC	NÚMERO DE OFICINA

Nombre y Apellidos del titular de la cuenta:

Banco o Caja:

Fecha: Firma: