

# **ALGUNAS REFLEXIONES SOBRE LA ATENCIÓN AL FINAL DE LA VIDA TRAS APROBARSE LA EUTANASIA EN ESPAÑA**

Fernando Miguel Gamboa Antiñolo.

Médico Internista. Hospital El Tomillar. Universidad de Sevilla.

Eutanasia es un concepto antiguo que se utiliza de forma polisémica. En el año 519 ac. Cratino hablaba de la eutanasia como morir gozando de lo bueno que la vida puede ofrecer. Para Cicerón (106 ac.) la eutanasia era una muerte noble y con valor. Suetonio (70 dc.) describe la eutanasia como una muerte rápida y sin dolor. Con el paso de los años el concepto se ha modificado y en el año 1920 Binding y Hoche plantean la licitud de destruir la vida que no merece ser vivida, promoviendo así el inicio de leyes que permitieron acabar con la vida de muchas personas (leyes eugenésicas y eutanásicas de la Alemania nazi). En los años 30, tanto en EE. UU. como en Inglaterra surgieron sociedades para promover la eutanasia que tras los desastres de la Segunda Guerra Mundial cesaron. Joseph Goebbels el ministro de propaganda nazi, desarrolló una potente herramienta para modificar la sociedad alemana en base a 8 pasos y facilitar la implantación de la eutanasia (fig1). En mi opinión, hasta el séptimo paso ya lo hemos vivido en la sociedad española. Y el último elemento ya es cierto en los países europeos donde la eutanasia es legal desde hace más de 20 años, con cambios importantes de la norma inicial, donde ya se permite la eutanasia en niños, en personas con deterioro cognitivo e incapaces, e incluso la posibilidad la eutanasia no solicitada.

Estamos hoy bajo el influjo de una nueva norma aprobada en Marzo de 2021 que plantea como un derecho que frente al sufrimiento existe la posibilidad de acabar con la vida de una persona. Antes de adentrarnos en la ley que se ha aprobado en España debemos reflexionar sobre algunos términos (fig 2): la muerte olvidada, la dignidad, la calidad de vida, el sufrimiento, la autonomía...

Hace 50 años el tabú era el sexo. Hoy el tabú es la muerte. Nadie habla de ella (incluso en tiempos de pandemia). Clásicamente había un *Ars Morendi*, todo un ritual que permitía la despedida en familia. Hoy prima “la cultura de la anestesia”, con una tolerancia cero al sufrimiento y la muerte ha sido alejada de la vida de las personas, los tanatorios están en las afueras de pueblos y ciudades, y parece deseable que jamás ningún niño se entere que la muerte forma parte de la vida: es “la muerte olvidada”. No obstante, a pesar del desarrollo de la ciencia y de la técnica, la muerte forma parte de la vida de todos. Decía Cicerón “filosofar no es otra cosa que disponerse a la muerte”, y Michel de Montaigne en su ensayo “La educación de los hijos”, también insiste en la necesidad de plantear que la vida tiene un final, la muerte para todos. En la tradición católica base de nuestra cultura son múltiples los santos que han sido representados con la calavera entre sus manos.

Dignidad es una palabra poliédrica, dónde diferentes orientaciones dan lugar a diferentes conceptos. Mientras que para Kant “el hombre no puede ser tratado por ningún nombre ni por otro ni siquiera por sí mismo como un simple instrumento sino siempre a la vez como un fin y en ello estriba la dignidad”, para Tristán Engelhardt “no todos los humanos son personas”, o incluso para Peter Singer “la condición de persona depende del ejercicio de algunas cualidades” y “la mera pertenencia al género humano no implica dignidad alguna” tanto que “el valor de un cerdo adulto se sitúa en un nivel más alto que el de un niño de un año”.

En estos tiempos en que tal y como Zygmunt Bauman afirma vivimos en medio de una modernidad líquida donde “los valores y las virtudes están en crisis: el hombre líquido los cambia según las circunstancias como el líquido al continente”. “Hemos olvidado el amor, la amistad, los sentimientos, el trabajo bien hecho. Lo que se consume, lo que se compra son solo sedantes morales que te tranquilizan los escrúpulos éticos”. Estamos en el tiempo del relativismo ético donde la dignidad se interpreta de múltiples formas. Benedicto XVI plantea “la dignidad del hombre no se identifica con los genes de su ADN ni se disminuye por la presencia de

diferencias físicas o defectos genéticos y está presente desde el momento de la fecundación”.

El valor de la dignidad no puede encerrarse en categorías subjetivas o emotivas, sino que tiene una dimensión normativa objetiva. Declarar, por medio de la dignidad, la subjetivización de un valor como el de la vida, supondría relativizarlo. Reducir la vida a la dignidad subjetivamente considerada, implicaría que, del valor intrínseco de esa dignidad, se pasa a factores circunstanciales, entre los que destaca uno de los elementos que más flagrantemente pueden alterar la exigencia de la dignidad como es el de la utilidad. Según esto hay vidas que ya no merecen la pena, en sentido literal, ser vividas, por tener mermadas las capacidades biológicas, por el sufrimiento biológico de una enfermedad crónica e incurable o por la pérdida de sentido de la misma.

Otro término que considerar es calidad de vida, un concepto subjetivo definido como “la percepción de un individuo de su situación de vida, en el contexto de su cultura y sistemas de valores, en relación a sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones” que con mucha frecuencia se interpreta como algo objetivo sin que sea válido. Cuando se analiza en diferentes enfermedades crónicas el valor que cada uno da sobre su vida y se contrasta con la valoración que dan de ella sus familiares y los profesionales sanitarios, destaca el hecho de que el enfermo se valora mucho más que su familiar, su médico o su enfermero.

Un tercer elemento para considerar es la definición de sufrimiento. Son muchas las definiciones del término. Destacamos la que desarrollan Chapman y Gavrín (fig 3) “un complejo estado afectivo, cognitivo y conductual negativo caracterizado por la sensación que tiene el individuo de sentirse amenazado en su integridad por el sentimiento de impotencia para hacer frente a dicha amenaza y por el agotamiento de los recursos personales y psicosociales que le permitirán afrontar dicha amenaza”. Se podría pues considerar que el sufrimiento se presenta como un cociente entre las amenazas y

los recursos de los que disponemos para afrontarlas. Podemos pues disminuir el sufrimiento asociado al final de la vida de dos formas. O bien disminuyendo las amenazas, cosa que muchas veces es difícil cuándo aparece la enfermedad, o bien aumentando los recursos. La respuesta que podemos dar muchas veces está basada en la atención sanitaria, en la atención social, en la atención psicológica o en la atención espiritual, herramientas todas desarrolladas en el ámbito de los Cuidados Paliativos.

El sufrimiento forma parte de nuestra vida. Es difícil madurar sin él y en las crisis de nuestra vida aparece de forma recurrente. La experiencia negativa del dolor y la enfermedad quiebra la armonía con nosotros mismos, con los otros, con la naturaleza y muestra la frágil integridad de nuestra salud. La amenaza de una grave enfermedad oscurece el horizonte de nuestra vida y nuestros proyectos hiriéndonos física y moralmente pero también el sufrimiento, realidad inherente a nuestra condición humana, es una oportunidad para crecer espiritualmente. Así lo constató y lo dejó escrito Víctor Frankl tras su terrible experiencia en un campo de concentración nazi. La búsqueda del sentido de su vida por parte del hombre, especialmente en las condiciones de extremo sufrimiento como puede ser una dolorosa enfermedad o la reclusión en un campo de concentración, constituye una fuerza primaria de naturaleza instintiva, un poder admirable que él describiría con palabras de Nietzsche: “Quien tiene un porqué para vivir, encontrará casi siempre el cómo”.

Víctor Frankl escribió “El hombre en busca de sentido” y en él plantea que “el hombre no se destruye por sufrir se destruye por sufrir sin ningún sentido”, “en realidad el sentido del dolor es consecuencia el sentido de la vida que se tenga: en cierto modo el sentido del dolor remite y se resuelve en el sentido de la vida”. Vivir la vida con sentido permite un sufrimiento con sentido. Contrastan estas afirmaciones con la falsa visión de la vida, con la algofobia (el miedo al sufrimiento) de la “sociedad paliativa” actual en la que los hombres y mujeres, especialmente los jóvenes, buscan cada vez más el confort y todo lo que lo distraiga del dolor y la muerte inevitable.

¿Qué sentido tienen el dolor y el sufrimiento para el hombre en el mundo contemporáneo? ¿Cómo afronta la sociedad actual el sufrimiento? Consciente o inconscientemente posicionados lejos del dolor; viviendo como si no existieran. Sin embargo, la experiencia profesional nos reafirma en dos verdades decisivas: ante la realidad universal del dolor el principal enigma no reside en su porqué y en su sentido sino en nuestra capacidad y recursos para vivirlo y compartirlo como experiencia humana necesaria universal. La segunda verdad, aprendida al lado de los enfermos y del testimonio ejemplar de muchos hombres y mujeres a lo largo de mi vida es la consideración del dolor como un lugar teológico. En la experiencia de muchas personas el sufrimiento es una mediación para el encuentro personal con Dios. La fe es una iluminación en esta realidad de la vida.

Daniel Callahan forma parte de los convencidos de que el médico (la medicina) debe ir más allá de lo puramente técnico en su intento de liberar al paciente del sufrimiento que la enfermedad le impone. Su planteamiento resulta particularmente clarificador para avanzar en la controversia: La realidad del sufrimiento, con toda su complejidad, es una parte básica de la condición humana, y un asunto inevitable en la atención al enfermo. Los médicos han sido capaces de aliviar el dolor casi siempre, generalmente con opiáceos, si bien no totalmente hasta el punto de abolirlo. No ha ocurrido lo mismo con el alivio del sufrimiento, a menudo un problema mucho más arduo con el que lidiar. Mientras que el dolor aflige simplemente el cuerpo, el sufrimiento (que se presenta de muchas formas vejatorias y tortuosas) aflige el espíritu humano, obligándonos a menudo a cuestionarnos la vida misma. El dolor, de hecho, hiere y puede afligir por sí mismo, pero si es demasiado profundo y persistente, se torna en sufrimiento, haciéndonos lamentar el seguir vivos, y esto no lo puede aliviar ningún opiáceo más que momentáneamente.

Un cuarto elemento por considerar es el concepto de autonomía. Sin lugar a duda es necesario que los hombres se desarrollen libres, capaces de tomar decisiones de forma autónoma, pero todos lo

hacemos en el contexto de una sociedad que limita nuestra libertad. Los defensores de la eutanasia la plantean como un derecho autónomo del individuo sin tener en cuenta la sociedad en la que están insertados, ni la necesaria colaboración de los profesionales sanitarios. El derecho a morir no se reconoce en nuestras leyes, tampoco la obligación de vivir, aunque la vida sea un bien jurídico con la máxima protección.

El deseo de adelantar la muerte no es una situación nueva, pero multitud de estudios han demostrado que este deseo no se mantiene en el tiempo, está relacionado con problemas físicos, emocionales o sociales, con el miedo o con la posibilidad de sentirse una carga, con la pérdida del sentido de la vida. Muchas veces significa un grito de petición de ayuda, un deseo de dejar de sufrir, el evitar ser una carga, desear vivir, pero no así.

Este deseo de adelantar la muerte puede tener diferentes respuestas unas con consenso: la ayuda a la dependencia, los cuidados paliativos, la limitación de medidas, la sedación paliativa o la planificación anticipada de las decisiones; otras que sin lugar a duda no cuentan con consenso ético como la eutanasia y el suicidio asistido. Los Cuidados Paliativos surgieron como una respuesta para atender a las personas enfermas que sufren mediante un cuidado adecuado. Sus objetivos son la asistencia integral activa y continuada de los pacientes en situación terminal y sus familias, por un equipo interdisciplinar cuando la expectativa no es la curación. El problema es que estos cuidados no están adecuadamente desarrollados. Son muchas las personas que mueren sin que hayan recibido atención paliativa, tanto una adecuada atención paliativa por sus médicos y enfermeros habituales como una actuación por expertos en cuidados paliativos en situaciones de alta complejidad.

Hay dos conceptos relacionados con los cuidados paliativos que debemos señalar. Uno es “la limitación de esfuerzo terapéutico” o adecuación de medidas, que consiste en retirar o no instaurar aquellas medidas consideradas fútiles. Implica adecuar los

cuidados a la situación del paciente. De esta forma evitaremos la obstinación terapéutica. Otro es la sedación paliativa: aplicar fármacos para bajar el nivel de conciencia cuanto sea necesario, como forma de aliviar a una persona que presenta síntomas refractarios tras su consentimiento (personal o por representación). Así Benedicto XVI en su encíclica *Spe Salvi* plantea “Conviene ciertamente hacer todo lo posible para disminuir el sufrimiento; impedir cuanto se pueda el sufrimiento de los inocentes; aliviar los dolores y ayudar a superar las dolencias psíquicas. Todos estos son deberes tanto de la justicia como del amor y forman parte de las exigencias fundamentales de la existencia cristiana y de toda vida realmente humana”.

Otro recurso que puede ser importante para disminuir el sufrimiento de las personas con grandes necesidades de cuidado es el desarrollo de las ayudas a la dependencia. El plazo legal de esta ayuda es de 6 meses para valorar la solicitud, pero actualmente el retraso rota los 3 años, y como se publicaba la prensa más de 37000 dependientes andaluces fallecieron en 2020 esperando los trámites para el reconocimiento de su dependencia.

Así pues, tenemos un problema importante con los recursos que pueden ayudarnos a combatir el sufrimiento en España: ni tenemos adecuados Cuidados Paliativos, ni la ayuda a la dependencia llega a aquellos que lo necesitan. Tenemos pues una gran confusión en términos: dignidad, calidad de vida, autonomía, sufrimiento, en un contexto donde la muerte se ha obviado. En este contexto y en medio de la pandemia se aprueba en España una nueva norma legal.

Los partidarios de la eutanasia suelen citar la autonomía del paciente y la compasión como justificaciones de su punto de vista, pero sin una noción correspondiente del paciente como persona. Se enumeran cuatro argumentos para justificar el suicidio asistido y la eutanasia: el argumento de la autonomía, el argumento de la

compasión, el argumento del mal del sufrimiento, y el argumento de la pérdida de dignidad.

El argumento de la autonomía afirma que las personas racionales tienen un derecho fundamental a disponer de sus cuerpos y que, dadas las diferentes percepciones del "bien" en una sociedad pluralista, deberían tener la libertad, como pacientes, de elegir el momento y la forma de la muerte. Lo que cuenta es lo que el paciente quiere y juzga que es un beneficio o un valor en su propia vida. La autoridad moral se deriva del consentimiento y no del argumento racional. La autonomía individual se convierte entonces en el principio supremo. La "autoridad" derivada del consentimiento hace que las decisiones morales sean arbitrarias. Pero cuando la libertad se absolutiza de manera individualista, se vacía de su contenido original y se contradicen su sentido y su dignidad

El argumento de la compasión es bastante sencillo: sentimos compasión por los enfermos y los moribundos y, en un sentido muy real, sufrimos con ellos. La necesidad emocional de poner fin a este sufrimiento (simpatía o empatía) es la justificación de la eutanasia. Se trata de un argumento basado en las emociones; la razón y las normas no desempeñan ningún papel directo. Los sentimientos en sí mismos no determinan los valores ni nuestro conocimiento de ellos. Como afirma Juan Pablo II "la verdadera "compasión" lleva a compartir el dolor del otro; no mata a la persona cuyo sufrimiento no podemos soportar"

El argumento del mal del sufrimiento. Este argumento sostiene que asumiendo que el sufrimiento carece de sentido, "es un mal sin paliativos que justifica el alivio, aunque signifique acelerar la muerte". No obstante la finalidad del sufrimiento es, en el mejor de los casos, un "misterio" que la mayoría de los humanistas seculares considerarían *prima facie* inaceptable; en el peor de los casos, el sufrimiento carece de sentido y debería terminarse lo antes posible. Hay una dimensión personal del sufrimiento que es transformadora, el

sufrimiento tiene sentido a través de la participación en el sufrimiento de Cristo. El sufrimiento señala quizá los límites de la razón humana, pero tales límites no implican falta de sentido.

El último argumento utilizado para justificar el suicidio asistido y la eutanasia es bastante familiar debido al uso de la frase "muerte con dignidad", tanto en la literatura académica como en el habla cotidiana. Los defensores de la eutanasia argumentan que el dolor y el sufrimiento eliminan la dignidad humana, y que la muerte del paciente le permite "morir con dignidad". El paciente se siente alejado de sus seres queridos y de la comunidad en general. En última instancia, la pérdida de dignidad se basa en este aislamiento. No es la dignidad real de una persona lo que se degrada, sino lo que Pellegrino llama su "dignidad imputada". La reacción de los demás ante los enfermos y los que sufren contribuye a menudo a esta pérdida de dignidad imputada. La percepción, por ejemplo, de los enfermos terminales de que su sufrimiento es una carga para la familia o el personal de atención de salud (empíricamente bien demostrada) indica que las consecuencias negativas de la atención continuada también las sienten otros. Estas "consecuencias negativas" luego se transmiten al propio paciente para que las utilice en el proceso de toma de decisiones. Pero la dignidad se realiza en la vida, no en la propia muerte.

Desde su publicación en el BOE del estado el 25 de marzo de 2021 de la Ley Orgánica de Regulación de la Eutanasia (LORE) (fig 4), los españoles tenemos otra forma de afrontar el sufrimiento: acabar con la persona que sufre. Etimológicamente eutanasia significa buena muerte. Esta ley lo define como el acto deliberado de dar fin a la vida de una persona producido por voluntad expresa de la propia persona y con el objeto de evitar un sufrimiento. Sorprenden los argumentos que aparecen en el preámbulo y que justifican su desarrollo: la creciente prolongación de la esperanza de vida, el incremento de los medios técnicos, la secularización de la vida y el reconocimiento de la autonomía de las personas. En la definición del procedimiento de la eutanasia que aparece en este preámbulo aparece la autonomía de la voluntad como el elemento primordial

que la justifica: se puede definir [la eutanasia] como el acto deliberado de dar fin a la vida de una persona, producido por voluntad expresa de la propia persona y con el objeto de evitar un sufrimiento . Por otro lado, también en dicho preámbulo, se valora la exigencia de la dignidad de la persona humana como un valor que puede oponerse o racionalmente compatibilizarse con el derecho fundamental a la vida y a la integridad de física y moral, en tanto que supone un ámbito de convicción moral en la que el mismo individuo, pueda considerar que preserva su vida, en unas condiciones que considere compatibles con la dignidad personal. El argumento para ofrecerle la eutanasia pivota pues sobre la esfera de dos valores: la autonomía individual y la dignidad de su vida. Dos valores que, junto a la libertad individual, prevalecen en el preámbulo de la LORE

Los requisitos de aplicación de la norma exigen tener la nacionalidad española o la residencia superior a 12 meses, disponer por escrito de la información que exista sobre su proceso médico de las diferentes alternativas y posibilidades de actuación incluida la de acceder a cuidados paliativos integrales comprendidos en la cartera común de servicios y a las prestaciones que tuviera derecho de conformidad a la normativa de atención a la dependencia (aunque no habla de disponer de una adecuada atención paliativa como ya exige el Tribunal Constitucional, ni siquiera de una adecuada atención a la dependencia).

Se exige haber formulado dos solicitudes de manera voluntaria y por escrito o por otro medio que permita dejar constancia con una separación de al menos 15 días naturales (aunque la ley acepta un periodo menor en algunas circunstancias) y por último se exige un consentimiento informado previo la prestación de ayuda para morir que se incorpora la historia clínica del paciente.

En periodos de enfermedad, dictaminar racionalmente y en plenitud de facultades, la propia voluntad no deja de ser problemático por las fluctuaciones que pueden percibirse individualmente tras

el diagnóstico como puede pasar con enfermedades degenerativas, o con una elevada percepción de sufrimiento y la vulnerabilidad de los trastornos mentales. Es una ficción a veces definir claramente la competencia, aislando el proceso racional de la toma de decisiones de los contextos hospitalarios, familiares o afectivos, e incluso políticos, puede llegar a desvirtuar la misma naturaleza del hombre. Aún más en los trastornos mentales (afirma la Sociedad Española de Psiquiatría) la libertad interna es generalmente el elemento más comprometido, pudiendo llegar a anularse de forma transitoria o definitiva la capacidad de decidir. La valoración de la capacidad para consentir se convierte en el eje principal de la proposición de ley, moviéndonos entre dos requerimientos éticos: reconocer la libertad no mediatizada patológicamente de las personas en la toma de decisiones y proteger a quienes tienen disminuida su autonomía.

Se plantean dos situaciones para aplicar esta norma: sufrir una enfermedad grave e incurable (que se define como aquella que por su naturaleza origina sufrimientos físicos o psíquicos constante de insoportables sin posibilidad de alivio que la persona considere tolerable, con un pronóstico de vida limitado, en un contexto de fragilidad progresiva) o bien tener un padecimiento grave crónico e imposibilitante. Este se define como situación que hace referencia a limitaciones que inciden directamente sobre la autonomía física y actividades de la vida diaria de manera que no permite valerse por sí mismo así como la capacidad de expresión y relación y que llevan asociado en sufrimiento físico o psíquico no obstante intolerable para quién lo padece existiendo seguridad o gran probabilidad de que tales limitaciones vayan a persistir en el tiempo sin posibilidad de curación o mejoría apreciable.

La norma habla de dos tipos de prestaciones de ayuda para morir bien mediante la administración directa al paciente de una sustancia por parte del profesional sanitario competente que es lo que clásicamente se conoce como eutanasia, o bien mediante la prescripción o suministro al paciente por parte del profesional sanitario de una sustancia de manera que esta se la pueda autoadministrar

para causar su propia muerte que habitualmente se ha denominado suicidio asistido.

La ayuda médica para morir es necesariamente directa activa y con participación de profesionales sanitarios médicos y enfermeras y se incluye como una prestación más de la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud. El fallecimiento como consecuencia de esta ley tendrá la consideración de muerte natural y así se certificará. Respecto a la libertad de conciencia de los profesionales sanitarios para objetar, la norma promueve un procedimiento a desarrollar por las diferentes comunidades autónomas, con gran restricción para su aplicación.

Esta ley está llena de definiciones indeterminadas, de ambigüedades que generan incertidumbre (como ha reconocido el Tribunal Constitucional en una reciente sentencia) y coloca en el centro el sufrimiento humano como la medida de todas las cosas. Frente a una sociedad donde la ética del cuidado mutuo está valorada, la solidaridad y la reciprocidad en la atención al vulnerable, se nos plantea una sociedad donde la muerte sea una salida fácil al sufrimiento. Todo ello en un país donde la dependencia no está atendida y los cuidados paliativos no están adecuadamente desarrollados. Plantea además otra cuestión: se convierte en un derecho (y no en una situación despenalizada en algunos supuestos) y sabemos que las leyes tienen poder educativo, se traduce en valores éticos a una sociedad, no hay derechos “malos”. Lo que establece la ley tiene clara incidencia en el pensamiento y en las conductas personales y sociales. Aristóteles hablaba de la ley como un elemento con función pedagógica e instructiva que configura no solo el modo de actuar sino el pensamiento, la conciencia y la propia comprensión del ser humano. Por ello podemos esperar que esta ley va a cambiar los valores de acompañamiento en el sufrimiento y la atención a los vulnerables, claramente modifica el papel de los profesionales de la salud que a partir de ahora están legitimados para dar muerte en algunas condiciones a otros seres humanos, centra la dignidad en la autonomía de la decisión y no en el valor de la persona y puede hacer que la libertad pierda su valor social

para ser reflejo de una voluntad aislada. La cuestión del sufrimiento no deja de ser la piedra de toque de una cultura que ha aceptado la eutanasia por ser incapaz de convivir con el dolor, y que vincula el dato de la dignidad con el del bienestar. De esta manera, con esta ley lo que se ha querido decretar es la ilegalidad del sufrimiento.

La LORE se tramitó como proposición de Ley Orgánica, y no como proyecto de ley como hubiera sido lógico dada la mayoría ideológica que sostiene al Gobierno. La razón habría que buscarla en que, en el proyecto de ley se requiere además de la exposición de motivos una serie de informes o dictámenes preceptivos de los órganos consultivos especialmente el de Consejo de Estado, el Consejo General del Poder Judicial, y otros. El Comité bioética al no ser consultado realizó de oficio un informe cuyas conclusiones evidencian el rechazo de la transformación de la eutanasia en un derecho subjetivo que produjera la obligación de una prestación pública, porque la compasión hacia el sufrimiento no puede legitimar, por sí misma, la solicitud de la eutanasia en el concepto de la autonomía, además de que no afecta al espacio privado del individuo. Los médicos, a través de sus organizaciones de representación colegial, se oponen a esta práctica, también en su dimensión de autonomía de la voluntad y sobre todo, por la percepción de que la administración del suicidio asistido o eutanasia, no puede ser considerado como un acto médico

Chesterton decía “la ley obedecerá a su propia naturaleza no a la voluntad de los legisladores. Y acabará inevitablemente dando los frutos que hayamos sembrado en ella”. Así mismo desconocemos las consecuencias económicas de este nuevo escenario, pero conocemos el informe financiero del Parlamento de Canadá de octubre 2020 sobre los costes estimados de la muerte medicalizada: ha producido en aquel país un ahorro neto en coste directo de asistencia de 86,9 millones de dólares. Sabemos que la realidad en otros países ha sido de un rápido crecimiento de las muertes medicamente asistidas (fig 5), llegando en este momento a más del 5% de las muertes (1 de cada 20 muertes) en los países del Benelux,

con admisión de la eutanasia en niños, en enfermos mentalmente incapaces. El extremo puede ser la motivación de la solicitud de la eutanasia por motivos de pérdida de la incapacidad para participar en actividades que hacen la vida “agradable”, o la muerte por cansancio vital, que ya se plantea en los Países Bajos.

Es posible pues, que estemos abocados a una pendiente resbaladiza que conlleve un desarrollo en nuestra sociedad de una nueva realidad: la muerte asistida como la respuesta al sufrimiento. Estamos pues llamados a poder dar una respuesta en medio de esta sociedad a través de la formación, de la información, del desarrollo de iniciativas sociales o políticas que modifiquen las normas y permitan el desarrollo de una adecuada atención paliativa y del acompañamiento de aquellos que sufren en nuestro entorno.

## **BIBLIOGRAFIA**

\*Ashley K. Fernandes Euthanasia, Assisted Suicide, and the Philosophical Anthropology of Karol Wojtyla. *Christian Bioethics* 2001; 7: 379-402

\*Ashley K. Fernandes Suffering in the context of Euthanasia and Assisted Suicide: Transcending Job through of Wojtyla`s Anthropology. *Christian Bioethics* 2010; 16: 257-273

\*Benedicto XVI . Spe Salvi

\*Byung-Chul Han. La sociedad paliativa. El dolor hoy. Ed Herder 2021

\*Callahan D. Foreword: Suffering and the human condition. En: Ronald M. Green, Nathan J. Palpant (eds). *Suffering and bioethics*. Oxford University Press, 2014

\*Consejo Andaluz de Colegios de Médicos. La eutanasia no es un acto médico, disponible en <https://cacm.es/2022/04/07/la-eutanasia-no-es-un-acto-medico>.

\*Cost Estimate for Bill C7 “Medical Assistance in Dying”. Office of the Parliamentary Budget Officer, Canada, 2020

\*Eutanasia a personas sanas: ¿el hastío de vivir?. *El mundo* 25/10/2016

\*Informe del Comité de Bioética de España sobre el final de la vida y la atención en el proceso de morir. Comité de Bioética de España. 6 de octubre de 2020.

- \*José María Rubio Rubio. El sufrimiento humano. La figura de Job. Una aproximación desde la ética. Jornadas Sociedad Andaluza de Cuidados Paliativos. Sevilla 2020
- \*José Manuel Martínez Guisasola. Una perspectiva histórico-social de la eutanasia y respuesta del magisterio de la Iglesia A. *Isidorianum* 2019; 219-248
- \*Juan Pablo II. *Salvifici Doloris*. 1984
- \*Ley Organica de Regulación de la Eutanasia disponible en <https://www.boe.es/boe/dias/2021/03/25/pdfs/BOE-A-2021-4628.pdf>
- \*Mariona Guerrero-Torrelles<sup>a</sup>, Andrea Rodríguez-Prat<sup>b</sup>, Cristina Monforte-Royo<sup>a</sup>, Josep Porta-Sales. Responder al deseo de adelantar la muerte en pacientes al final de la vida: síntesis de recomendaciones y guías clínicas. *Med Pal* 2018; 25:121-129
- \*Posicionamiento de la Sociedad Española de Psiquiatría sobre la “Proposición de Ley orgánica sobre la regulación de la eutanasia” . Eutanasia y enfermedad mental. Disponible en <https://sepsm.org/wp-content/uploads/2023/03/SEP-Posicionamiento-Eutanasia-y-enfermedad-mental-2021-02-03.pdf>
- \*Tribunal Constitucional. Nota Informativa nº 24/2023 Disponible en [https://www.tribunalconstitucional.es/NotasDePrensaDocumentos/NP\\_2023\\_024/NOTA%20INFORMATIVA%20N%C2%BA%2024-2023.pdf](https://www.tribunalconstitucional.es/NotasDePrensaDocumentos/NP_2023_024/NOTA%20INFORMATIVA%20N%C2%BA%2024-2023.pdf)
- \*Pleno Tribunal Constitucional . Sentencia 19/2023, de 22 de marzo de 2023. Recurso de inconstitucionalidad sobre la lore. Disponible en [https://www.boe.es/diario\\_boe/txt.php?id=boe-a-2023-10044](https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=boe-a-2023-10044)
- \*Ramón Darío Valdivia Jiménez. Hacia la ilegalidad del sufrimiento: una mirada crítica a la LORE. En Álvaro Sánchez Bravo (Dir) *Humanum lura et Socialis Doctrinam Ecclesiae*. Editorial Alma Mater, Madrid 2022
- \*Victor Frankl “El hombre en busca de sentido”. Ed Herder 1986.