

¿Sabe la sociedad lo que nos jugamos con la *eutanasia*?

Emilio García-Sánchez

Prof. de Bioética

Universidad Cardenal Herrera-CEU

Victoria Espinar Cid

Dra. Medicina Interna

Ex – Presidenta de la Sociedad

Valenciana de Cuidados Paliativos

1. Situación actual: *Un debate a espaldas de los sanitarios*

En marzo del 2021 el parlamento español aprobó la ley de eutanasia (ley Orgánica 3/2021), tramitada durante el estado de alarma. Al hacerlo como propuesta de ley y no como anteproyecto la dejó sin posibilidad de debate público, desoyendo la posición fundamentada de las principales instituciones consultivas (comités de Bioética de España¹) y profesionales de la materia (Colegios

1. Informe del Comité de Bioética de España sobre el Final de la Vida y la Atención en el Proceso de Morir,

profesionales de Médicos, la Organización Médico Colegial, el Consejo General de Colegios de Médicos, la Sociedad Española de Cuidados Paliativos, y a nivel internacional, la Asociación Médica Mundial²).

Sin contar para nada con el parecer de los médicos y resto de sanitarios se ha regulado algo tan complejo como la eutanasia, atropellando el código deontológico que estos profesionales se han dado a sí mismos, para luego volcar sobre ellos la responsabilidad de aplicarla sobre los pacientes que la soliciten. No ha habido posibilidad de ofrecer las razones de lo numerosos sectores profesionales y científicos que están en contra de la ley para ser oídas y consideradas, cuando, en cambio, sí que se han oído las de los que están a favor. Por el modo de la tramitación y su contenido se trata de una ley que desestima la labor de miles médicos a favor del cuidado de sus pacientes. Algunos la consideran una ley que atenta

en el marco del debate sobre la regulación de la eutanasia: propuestas para la reflexión y la deliberación, Madrid, 6 de octubre de 2020.

2. Declaración de la Asociación Médica Mundial sobre la Eutanasia y el Suicidio con ayuda médica adoptada por la 70^a Asamblea General de la AMM, Tiflis, Georgia, octubre 2019.

contra la profesión médica, «una ley humillante que nos desprecia», como declara el doctor experto nacional en paliativos Jacinto Batiz³.

Van a dejar indefensos a muchos médicos para que ejecuten esas eutanasias, a los que solo les quedará la *vía misericordiae* ofrecida por la ley, de acogerse al derecho a la objeción de conciencia mientras sus nombres queden registrados en una lista. Cambiar los códigos éticos y deontológicos para acomodarlos a decisiones políticas tan trascendentes como la tomada, en vez de acomodar las decisiones políticas a esos códigos y a sus principios ya plenamente consolidados, acabará convirtiendo a estos, tarde o temprano, en papel mojado con el consecuente deterioro del *ethos médico* y la grave alteración de la confianza como fundamento de la relación médico/paciente.

2. La confusión y manipulación sobre la eutanasia

Aunque vivimos en la sociedad de la información, estamos al día de todo, y sabemos mucho de

3. Vazquez Díaz-Mayordomo, JL., *Médicos de toda España ante la eutanasia: Que no cuenten conmigo*, Alfa y Omega, 25 de marzo de 2021.

muchas cosas, una inmensa mayoría de la población desconoce lo que es técnicamente la eutanasia, ni siquiera lo propios políticos que tratan de legalizarla. Sencillamente muchos no han tenido la posibilidad de que un médico, un sanitario les explique en que consiste el procedimiento. Por otra parte, no hay conciencia clara y formada sobre el alcance moral que tanto para el personal sanitario como para la sociedad va a tener la implantación de la eutanasia en los hospitales. No hemos podido como ciudadanos responsables—no nos ha dado tiempo en medio de una pandemia con miles de muertos— hacer una reflexión pausada sobre la gravedad de lo que supone esta ley. En la vida diaria a penas pensamos sobre el final de la vida. No se termina de captar en su profundidad como se verá alterada la relación con «mi médico» cuando a partir de ahora, el mismo que siempre me mostraba atención y cuidado, me pueda ofrecer también la muerte como una prestación sanitaria más, se la pida yo o no. Desvela una quiebra cultural, una nueva cosmovisión social y moral que provoca un cambio de paradigma sobre el propio concepto de dignidad humana y del contenido de la deontología médica.

La ingeniería social al servicio de intereses políticos trabaja bien la manipulación del lenguaje y

de las emociones porque sabe que se trata de una estrategia muy usada para modificar comportamientos de una masa social cretinizada. Sobresale un tacticismo político que, sirviéndose de relatos excepcionales de casos lacrimógenos de enfermos que sufren, hacen creer falsamente a la sociedad que se cuentan por miles los que se encuentran bajo esa tortura y que están pidiendo rescatarles de esa indigna situación que genera una vida sin sentido. Y declaran que ofrecerles la liberación a través de del derecho a morir, constituye todo un triunfo del progreso social de democracias animadas por supuestas razones humanitarias. En cambio, aquellos sectores sociales y profesionales que se declaren en contra de esta imaginaria mayoría serán tachados de retrógrados, intolerantes e incluso de faltos de humanidad con los pobres enfermos que sufren. Se impondrá la creencia de que es una mayoría social la que está a favor de la eutanasia, y el resto —un minoría— tarde o temprano, acabará claudicando mansamente ante tanto poderío mediático y legislativo, manteniéndose impotente o incluso llegando a quedar indiferente cuando se vaya normalizando esa práctica «sanitaria».

La cruda realidad no es que a los políticos que apoyan esta iniciativa les mueva un ápice de

compasión y preocupación por los enfermos que sufren. Por ejemplo, los enfermos de Esclerosis Lateral Amiotrófica llevan ya años pidiendo ayudas para tratar sus enfermedades y el gobierno sigue sin hacer absolutamente nada⁴. Todo esto confirma que se trata de una ley intencionadamente provocativa para ir contra los partidos de la oposición –sean quienes sean– y ganarles la batalla de las ideas progresistas y liberales, cuya exclusividad parece que les pertenece a los defensores de la eutanasia. De ningún modo les excita el sufrimiento ajeno, el deseo de querer buscar soluciones a las más de 70.000 personas que siguen sin tener acceso a cuidados paliativos. Más bien buscan con cierta desesperación generar crispación política como arma electoral en un tema muy conflictivo, para tildar de adversarios peligrosos a los que se opongan a las libertades y a la autodeterminación de los que quieran poner fin a sus vidas con la eutanasia y el suicidio asistido.

La falta de precisión y formación médica está generando una gran confusión terminológica que

4. Sabaté Pons. J., *Un enfermo de ELA recuerda a Sánchez la promesa que le hizo hace un año*. <https://www.20minutos.es/noticia/4602946/0/enfermo-ela-recuerda-sanchez-promesa-mentiroso/>

está a la orden del día, y no solo en el ciudadano de a pie, sino en comunicadores, periodistas, políticos e incluso profesionales sanitarios. Como ya sucede en algunos países que tienen aprobada la eutanasia, algunas personas piensan que cuando te diagnostican una enfermedad incurable la alternativa médica normal que te ofrecen es la eutanasia, como si esta formara parte integral de los cuidados dispensados a ese tipo de enfermos. Hay algunos enfermos y familiares que temen la palabra *paliativos* por asociarla directamente con muerte por sedación acortándoles la vida, o por imaginarse rodeados de tubos y cables. Otros, en cambio, creen que la eutanasia es una muerte dulce y digna porque piensan que a uno le acompañan compasivamente a bien morir quitándole el sufrimiento sin que se entere. Tampoco es raro encontrarse algunos pacientes que dicen que quieren morir y piden la «eutanasia» o ingerir algo rápido para morir porque están sufriendo, por ejemplo, un cáncer de páncreas, llevan once días sin dormir, tienen un dolor extenuante por todo el cuerpo, etc. Y cuando el médico que los recibe en ese estado les pregunta por la medicina que están tomando, se encuentra con la sorpresa de que tal sintomatología la están tratando con *nolotil*, o *paracetamol*, es decir, analgésicos muy

suaves e insuficientes para tratar los dolores de un cáncer. En esas condiciones cualquiera pediría morir. Después viene la grata sorpresa del paciente cuando al pautarle la primera dosis subcutánea de morfina el dolor desaparece y, entonces, ya no vuelve hablar de morir, y no se reitera la petición, neutralizándose la eutanasia⁵.

Sorprende que pueda haber estadísticas que indiquen que un 80 % de la población sana –no hospitalizada, no enferma en fase terminal– está a favor sobre una acción –la eutanasia– sobre la que desconocen su contenido y aplicación, concluyéndose que el consenso social es muy amplio. Algunas encuestas elaboradas por el CIS salen ya maquilladas de la cocina ideológica planteando preguntas de tal modo que siempre sale el resultado que a priori uno quiere que salga. ¿Verdad que usted– que ahora tiene entre 25-50 años– querría morirse y apoyaría la eutanasia si le diagnosticaran un cáncer incurable con dolores insoportables y sin tratamiento posible? Indudablemente, todo el mundo contestaría que sí. La realidad es que ese consenso social que tratan de

5. Cfr. Gomez Sancho, Marcos., *Morir en paz. Paliativos vs Eutanasia*. Goya Producciones octubre 2020 <https://www.youtube.com/watch?v=J4JPYmuBkbg&t=378s>

vender es diametral opuesto cuando las encuestas, las preguntas, se hacen a ancianos de ochenta años de un asilo o directamente se plantean a pie de cama a enfermos graves con cáncer avanzado o una enfermedad degenerativa, que están en los últimos meses o semanas de su vida.

3. ¿Qué hace la eutanasia con los enfermos que sufren?

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la eutanasia como aquella «acción del médico que provoca deliberadamente la muerte del paciente». Incluye exclusivamente la acción u omisión directa e intencionada, encaminada a provocar la muerte de una persona que padece una enfermedad avanzada o terminal, a petición expresa y reiterada de esta⁶. Y la Asociación Médica Mundial añade que se produce cuando un médico administra deliberadamente una sustancia letal o que realiza una intervención para

6. Organización Médica Colegial: *atención médica al final de la vida. Conceptos*. https://www.cgcom.es/sites/default/files/conceptos_definiciones_al_final_de_la_vida/files/assets/common/downloads/Atenci.pdf

causar la muerte de un paciente con capacidad de decisión por petición voluntaria de éste⁷.

La administración de una dosis letal habitualmente de *tiobarbital*, o cloruro potásico vía intravenosa produce parada cardiorrespiratoria en un tiempo de diez minutos. En otros casos, se administra una dosis tóxica de morfina o sedantes, por encima de la dosis que puede soportar el cuerpo con efecto idéntico al anterior. Es decir, el resultado no puede ser otro que la muerte porque la busca como efecto directo. Al estar presente esa positiva intención de ocasionar la muerte, la dosis elegida siempre será mortal. Por tanto, en las eutanasias, nunca se produce la muerte como efecto secundario no querido. El resultado final de todo acto eutanásico es siempre un enfermo muerto, no un enfermo dormido en paz que muere de forma natural a causa de su enfermedad. No es un acto médico porque nunca el arte y la ciencia médica han buscado la muerte como objetivo directo de sus actividades. En medicina, la muerte nunca puede ser un resultado deliberadamente querido. Por tanto, resulta imposible llegar un acuerdo entre ellas, eutanasia y medicina, porque

7. <https://www.wma.net/es/policias-post/declaracion-sobre-la-eutanasia-y-suicidio-con-ayuda-medica/>

se atenta contra la esencia, la misión y los fines de la ciencia médica, y de la enfermería. Y por estas razones, ahora la mayor repulsa generada consiste en que por una decisión política, eliminar a los pacientes se quiera convertir en un acto médico y en una prestación sanitaria.

Precisamente aquí se localiza el motivo por el que la AMA (Asociación Médica Americana) la ABA (Asociación Americana de Anestesiología) y otras corporaciones médicas americanas lograron que en EE. UU se eximiera a los médicos de tener que ejecutar las penas de muerte a los presos por medio de inyección letal. Los argumentos que esgrimieron fueron contundentes y claros. Hablan directamente de cómo está en juego la responsabilidad ética de un médico cuando se trata de la pena capital y que es válidamente extrapolable a los que practiquen eutanasia. Afirman, que «como miembro de una profesión dedicada a preservar la vida cuando existe la esperanza de hacerlo, un médico no debe participar en una ejecución legalmente autorizada»⁸. «Siempre se ha de cumplir la máxima de que nunca podrá

8. Cfr. <https://www.ama-assn.org/delivering-care/ethics/ama-supreme-court-doctor-participation-executions-unethical>;

entrar en la misión eliminar a una persona porque viola su juramento ético» (...) «Los pacientes no deben confundir la práctica de la anestesiología con la inyección de fármacos para causar la muerte. No debe esperarse que los médicos actúen en formas que violen la ética de la práctica médica, incluso cuando estos actos sean legales». (...) «Los que participan en este acto bárbarico son un vergonzoso ejemplo de cómo una profesión ha permitido que sus valores se vean corrompidos por la violencia estatal»⁹.

En líneas generales se puede afirmar que la eutanasia no pregunta por lo que sí se puede hacer medicamento para reducir o controlar el sufrimiento del enfermo; le ciega la libre autodeterminación del paciente de satisfacer el deseo de morir. Solo sirve para la muerte, es decir, busca terminar, no aliviar. Por estos motivos consideramos que la eutanasia no es la solución al sufrimiento sino parte del problema al no hacer nada por el enfermo que sufre, que en el fondo lo que realmente desea es que se le alivie. En definitiva, es un procedimiento antimédico que distorsiona

9. Cfr. https://www.bbc.com/mundo/ciencia_tecnologia/2010/05/100503_ejecuciones_anestesiologos_men

gravemente las razones clínicas y el quehacer de los profesionales sanitarios.

Por otra parte, la eutanasia se convierte en el principal obstáculo para el progreso y el avance científico en nuevos tratamientos para paliar el dolor. Inevitablemente en la mente de los gobernantes se encuentra también presente el coste económico que supone el cuidado y la atención de enfermos incurables al final de la vida que van en aumento. El ahorro que supondría para la sanidad pública sería notable, de tal modo que contra la baratura de la eutanasia sería difícil competir, porque se trata de una solución fácil ante la complejidad del sufrimiento del enfermo y de su entorno familiar. Escandalosas resultaron aquellas declaraciones del ministro de finanzas japonés Taro Aso que le costaron su dimisión en el año 2013. En su momento dirigiéndose a la población nipona anciana declaró: «Dios no quiera que ustedes se vean obligados a vivir cuando quieran morir. Yo me despertaría sintiéndome mal sabiendo que todo el tratamiento está pagado por el Gobierno» (...) «El problema no se resolverá a menos que ustedes se den prisa en morir». Dichas declaraciones fueron recibidas como un insulto en un país con una especial sensibilidad hacia la tercera edad y en donde casi una

cuarta parte de sus 128 millones de habitantes son mayores de 60 años. El ministro fue un poco más allá en su ofensa al referirse a los ancianos que ya no pueden alimentarse a sí mismos como «gente de tubo». «¿Por qué tengo que pagar por las personas que sólo comen y beben y no hacen ningún esfuerzo?»¹⁰.

4. Lo que dicen los médicos y los enfermos sobre la *eutanasia*

Cuando se les pregunta a los médicos acerca de la responsabilidad que quieren adoptar frente a la eutanasia, apenas se encuentran unos pocos que sostengan con claridad que sí estarían dispuestos a practicar eutanasias en centros públicos. Así lo asegura la doctora Laín recientemente en un diario nacional¹¹, presidenta del Colegio

10. McCurry, Justin, *Let elderly people 'hurry up and die'*, The Guardian, 22 de enero de 2013, <https://www.theguardian.com/world/2013/jan/22/elderly-hurry-up-die-japanese>.

11. https://www.abc.es/espana/castilla-la-mancha/toledo/ciudad/abci-doctora-lain-no-encontrado-nadie-diga-claramente-quiere-hacer-eutanasia-202106071405_noticia_amp.html

de Médicos de Toledo y del Consejo de Colegios de Castilla-La Mancha.

La mayoría de los médicos que asisten a estos enfermos avalan con sus decenas de años de experiencia diaria —como la médico firmante de este capítulo— que rara vez sus pacientes les piden la muerte. Estos datos sí que son reales al proceder de profesionales sanitarios que trabajan día y noche con enfermos a pie de cama. No puede encontrarse mayor objetividad en lo que relatan. Sus informaciones son incomparables con el resultado de esas encuestas sesgadas comentadas y con las narrativas sensibleras de casos excepcionales. Ante la pregunta del médico a un enfermo grave ¿quiere usted que le provoquemos la muerte y acabemos con su vida? Piénselo libremente y con calma y me dice. La inmensa mayoría de los pacientes les dicen que no, porque no quieren morir, que lo que desean es no sufrir, que es muy distinto. Nadie quiere morir, aunque se esté muriendo, por que no es lo que de verdad están pidiendo.

Tan solo son 3 países en Europa (Benelux) y otros tres más fuera, Canadá y Colombia y Nueva Zelanda tienen despenalizada la eutanasia. Afecta solo al 0,3 % de la población mundial debido a un rechazo mundial a la eutanasia al

considerarla una práctica indigna para los enfermos y los médicos. Y a la luz de estos incontables datos, resultaría del todo injusto atribuir a los sanitarios de los países que se oponen a ella, es decir, la mayoría de la comunidad médica internacional, que ellos maltratan a sus enfermos graves, y que son unos irresponsables por permitir que sus pacientes sufran de modo insoportable. La demanda persistente de eutanasia por parte de pacientes es tan absolutamente anecdótica que es un sinsentido social y jurídico que se justifique la promulgación de una ley.

5. La pendiente resbaladiza: *Presión sobre los más débiles y el descontrol de la eutanasia*

Algunos justifican la validez ética de la eutanasia —el derecho a un muerte digna— argumentando que es la máxima expresión de la libertad sobre el final de la propia vida. Pero paradójicamente, los enfermos que padecen una enfermedad terminal y que sufren por este motivo, se encuentran en el momento menos autónomo y libre de su vida dadas sus precarias condiciones de salud física y mental. No solo es que suelen detectarse algunas dolencias físicas y psíquicos avanzadas y, en oca-

siones, mal controladas, sino que en esa fase son habituales los desajustes emocionales y la confusión mental, condiciones que provocan en estos pacientes cambios frecuentes de opinión y de posturas ante la muerte. Y para que la toma de decisiones sobre un tema tan serio como pedir morir sea verdaderamente autónoma, se requiere contar con una mínima serenidad física, psíquica, espiritual y social, de la cual carecen un buen número de pacientes en esa situación. Por lo tanto, la consagrada capacidad de autodeterminación que se plasma en el consentimiento final está muy debilitada.

En Canadá, en un 84.4% de los casos, la justificación para la celeridad del proceso fue que la pérdida de la capacidad de consentimiento era inminente. Esto plantea la cuestión de la validez de la solicitud: si una persona está al borde de perder su capacidad, existe obviamente una duda razonable sobre si ésta será plena en el momento de expresar su decisión¹².

La tendencia comprobada es que, despenalizada la eutanasia y aceptada social y sanita-

12. Eutanasia: una visión desde la deontología médica.
<https://www.comib.com/wp-content/uploads/2021/05/Eutanasia-Comision-de-Etica-y-Deontologia-Comib-mayo-2021-GM.pdf>.

riamente, los enfermos graves incurables irán sintiendo una mayor presión procedente de la familia y la sociedad para que acaben solicitándola. Por qué dada su situación, se les hará pensar que, si decidieran rechazarla teniéndola al alcance de la mano, entonces deberán ellos asumir el coste, la incomodidad, y el sufrimiento que supondría tener que atenderles. De cara a los demás, y siendo conocedores de que muchos ya les han precedido en esa petición, lo que se opongan serán vistos como ciudadanos irresponsables e insolidarios, un estorbo por no pedir la muerte teniendo ya el derecho legitimado de hacerlo y convertido – además – en una nueva prestación de la seguridad social. Muchos enfermos graves y dependientes se verán en la tesitura de preguntarse si ante la normalidad social de la eutanasia no será lo más razonable quitarse de en medio por ser una carga.

Como se sabe, las leyes tienen un poder pedagógico nada despreciable y crean cultura, y una vez extendida la legalidad, se verá como algo normal socialmente e incluso positivo el hecho de solicitar la eutanasia. La consecuencia será la instauración de la cultura del descarte de débil, el anciano, pero ahora normalizada, amparada legalmente...donde las personas mayores se verán arrastradas. De hecho, en países como Holanda

y Bélgica ante el diagnóstico de una enfermedad grave incurable se ofrece la eutanasia directamente—ya por tradición médica y costumbre de veinte años— como única alternativa. Muchos la acaban pidiendo por derribo de una autonomía personal que ha sido suplantada por la coacción. La mayoría de ellos ni siquiera han tenido la oportunidad de poder probar antes los paliativos, y una vez probados, entonces decidirse libremente o no por la eutanasia.

Por falta de planificación, desarrollo y escasa investigación, los Estados con la eutanasia aprobada no ofrecen a los pacientes la posibilidad de ingresar en una unidad de cuidados paliativos y comprobar su eficacia. Su capacidad de elección se anula, su libre autodeterminación es viciada porque ante el sufrimiento de una enfermedad terminal, solo les resta elegir entre morir o sufrir sin paliativos. Es decir, de la autonomía del paciente a la muerte por la vía rápida, pero sin pasar por los cuidados paliativos a los que tienen derecho. Se les determina y dirige hacia la peor de las soluciones, la más irracional y contraria a la medicina: acabar con el sufrimiento eliminando al que sufre por no priorizar los cuidados paliativos.

Resulta comprensible que ante esta falta de elección aumenten los casos de enfermos en Ho-

landa que tras el diagnóstico de una enfermedad incurable tengan miedo de sus médicos y del entorno social hospitalario. Desde hace tiempo, un número creciente de holandeses, huyen a hospitales de frontera en Alemania donde saben que les ofrecerán la alternativa de los paliativos.

La pendiente resbaladiza de la eutanasia lo que muestra es que, aun restringiéndose de partida su aplicación para casos muy particulares y bajo unas condiciones muy estrictas (enfermos mayores en fase terminal, competentes, con sufrimiento intolerable, reiteración en la petición, informe médicos diferente del médico asistente al paciente) paulatinamente, va bajándose cada más el límite de sufrimiento e incumpléndose esas condiciones iniciales. Como ya ha sucedido en Bélgica y Holanda, personas con demencia por Alzheimer u otras causas neurológicas¹³, o aquellos que declaran que sufren porque su vida carece de sentido, están cansadas de vivir, su físico estético les disgusta, o tienen una crisis depresiva.... consideran que están en su perfecto derecho de solicitar la eutanasia y no podríamos

13. Boer, T. A., «Euthanasia, Ethics and Theology: A Dutch Perspective», *Review of Ecumenical Studies Sibiu* 6 (2014) 197-214.

negárselo con la ley mano o reinterpretándola torticeramente. También, como ya ha sucedido, se puede aplicar a menores sin límite de edad, en concreto a neonatos con defectos congénitos¹⁴.

Teniendo en cuenta la multiplicidad de situaciones de sufrimiento humano, la pregunta que cabe hacerse es ¿quién no tendría derecho a pedirla? Todo el mundo va a poder solicitar la eutanasia con tal de que justifique que sufre. Pero de no detenerse esta pendiente, tal y como declaró Gómez Sancho en una entrevista, se podría acabar permitiendo que, por ejemplo, las tres mil personas que tristemente se suicidan al año en España pudieran solicitar ayuda médica para poder hacerlo. Y que otros tantos que intentan suicidarse saltando por la ventana o un puente y no lo consiguen, también podrían alegar un sufrimiento para que un médico les ayude a culminar su decisión¹⁵. Como la libre autode-

14. Montero, E., *Cita con la muerte. 10 años de eutanasia legal en Bélgica*, Madrid: Rialp, 2013; Ortega, I. y Vega, J., «La pendiente resbaladiza en las legislaciones del suicidio asistido y de la eutanasia», en Tomás y Garrido, G. M. (ed.), *La Bioética: un compromiso existencial y científico*, Murcia: Fundación universitaria San Antonio, 2006, 221-251.

15. <https://www.lasexta.com/programas/salvados/mejores-momentos/marcos-gomez-matar-a-un-ser-humano-por-or>

terminación se vincula con la dignidad subjetiva de la persona, para respetarla habría que admitir cualquier decisión autónoma de la persona (sana o enferma) que quiera poner fin a su vida. Según la ley, la persona tiene derecho a que se respete su libre decisión. Pero si la dignidad consiste reductivamente en respetar la autonomía ¿Por qué solo se permite la eutanasia a los enfermos graves o terminales?¹⁶ Siguiendo la lógica de la ley habría que otorgar el derecho a cualquier persona sana o enferma sin discriminación por su salud. Esto es precisamente lo que ha sucedido en Alemania, donde el tribunal constitucional hace unos meses ha reconocido el derecho al suicidio asistido a cualquier ciudadano para evitar mantener una ley discriminatoria¹⁷

den-del-estado-es-la-mayor-indecencia-que-se-puede-contemplar_20161023580d10f80cf24962cc026e8e.html; cfr. <https://www.youtube.com/watch?v=ZUO05tfLzCo>

16. Informe del Comité de Bioética de España sobre el Final de la Vida y la Atención en el Proceso de Morir, en el marco del debate sobre la regulación de la eutanasia: propuestas para la reflexión y la deliberación, Madrid, 6 de octubre de 2020.

17. <https://www.europapress.es/internacional/noticia-constitucional-aleman-autoriza-suicidio-asistido-20200226123743.html>

En síntesis, ¿quién pondrá los límites del sufrimiento y dónde? ¿a partir de que límite se podrá decidir que ya no se quiere seguir viviendo? ¿A qué enfermos les ayudamos a suicidarse y a quienes no? Sencillamente no habría límites, produciéndose un deslizamiento hacia el descontrol como ya se está comprobando en esos países anteriormente mencionados. Según Montero «parte del problema de la pendiente resbaladiza es que nunca sabes cuando has entrado en ella, pero una vez entras, el resultado es un verdadero fracaso». El descontrol se convierte en el gran efecto final porque una vez abierta la puerta a la eutanasia se convierte en imparable¹⁸. El último paso sería lo que ya algunos han llegado a plantear en Holanda, el acceso libre a la llamada píldora para la eutanasia o «píldora del cansancio de la vida» conseguida en farmacias para no involucrar a los médicos, y de este modo sencillo desmedicalizar la eutanasia.

* * *

18. Cfr. Euthanasia prevention coalition, <https://www.epcc.ca/>

Legalizar la eutanasia y/o auxilio al suicidio supone iniciar un camino de desvalor de la protección de la vida humana cuyas fronteras son difíciles de prever, como la experiencia de nuestro entorno nos muestra. Por otro lado, la eutanasia y/o auxilio al suicidio no son signos de progreso sino un retroceso de la civilización, ya que en un contexto en que el valor de la vida humana con frecuencia se condiciona a criterios de utilidad social, interés económico, responsabilidades familiares y cargas o gasto público, la legalización de la muerte agregaría un nuevo conjunto de problemas que deshumanizaría a la sociedad.