
La autonomía del paciente como justificación moral de la eutanasia. Análisis de su instrumentalización y perversión

The Patient's Autonomy of the Patient as a Moral Justification for Euthanasia: Analysis of its Instrumentalization and Perversion

RECIBIDO: 31 DE ENERO DE 2019 / ACEPTADO: 29 DE MARZO DE 2019

Emilio GARCÍA-SÁNCHEZ

Universidad CEU Cardenal Herrera. Facultad de Ciencias de la Salud
Valencia, España
ID ORCID 0000-0003-2523-5829
emilio.garcia@uchceu.es

Resumen: Ante la proximidad de la aprobación de la ley de eutanasia en España, el artículo presenta un análisis ético de la perversión operada sobre la autonomía de los pacientes en los países donde ya está despenalizada. Se ofrece una advertencia de cómo legisladores y adalides del autonomismo libertario han acabado obstinándose tanto en que los enfermos elijan voluntariamente la eutanasia que estos han terminado solicitándola coaccionalmente por presión ideológica, psicológica y social. El resultado está siendo el descuido de los más débiles, y la justificación de una práctica médica inmoral que cree respetar la autonomía personal.

Palabras clave: Eutanasia. Autonomía. Dignidad.

Abstract: Faced with the impending approval of the euthanasia law in Spain, the article presents an ethical analysis of the perversion of the patients' autonomy in countries where it is already decriminalized. It manifests how legislators and leaders of libertarian autonomism have ended up obstinately insisting that patients voluntarily choose euthanasia while in reality, they requested it under ideological, psychological, and social pressure. The result is the neglect of the weakest and the justification of an immoral medical practice that pretends to respect personal autonomy.

Keywords: Euthanasia. Autonomy. Dignity.

INTRODUCCIÓN

La *Proposición de Ley Orgánica Reguladora de la Eutanasia* presentada por el actual gobierno de España¹, pretende convertir en un derecho individual la petición de la muerte en un contexto médico. Tal y como aparece en la exposición de motivos «se busca legislar para respetar la autonomía y voluntad de poner fin a la vida de quien está en una situación de enfermedad grave e incurable, o de discapacidad grave y crónica, padeciendo un sufrimiento insoportable que no puede ser aliviado en condiciones que considere aceptables, lo que denominamos un contexto eutanásico»². Haciendo un análisis del contenido de la propuesta, se puede concluir que el problema más urgente queda circunscrito a la reivindicación de la autodeterminación de los pacientes. Sin embargo, apenas atiende al problema más real de extender los cuidados paliativos al mayor número de enfermos posibles. Su núcleo fuerte se reduce a apelar a una demanda social imaginaria para poder decidir libremente cuándo y cómo morir.

Como declara en su comunicado oficial sobre esta propuesta la Asociación Española de Bioética y Ética Médica, «ofrecer la eutanasia cuando no está resuelto el acceso universal a los cuidados paliativos es una irresponsabilidad, una negligencia y algo contrario a la justicia social. Es necesario por lo tanto que la ley garantice una correcta atención a los enfermos al final de la vida, no una ley para acabar con ellos»³.

En este trabajo, y ante una futura aunque incierta aprobación de esta ley, se pretende advertir de la lógica fallida a nivel ético y médico que se ha descubierto en las leyes predecesoras a la española y cuyos contenidos y desaciertos pretenden ahora ser reproducidos en nuestro país. El objetivo principal que se propone este estudio, consiste en analizar la perversión que se ha operado sobre de la autonomía del paciente, y cuya consecuencia ha sido la negación de esa misma autonomía en un buen número de enfermos a los que se les ha provocado la muerte. Sin menospreciar la legítima autonomía de los pacientes como uno de los logros alcanzados en el ámbito biosanitario, y reconociéndola como uno de los principios bioéticos más

¹ *Proposición de Ley Orgánica de regulación de la eutanasia 122/000239, 21 de mayo de 2018*, BOE Núm. 270-1.

² *Ibid.*, 2.

³ Comunicado de AEBI sobre la Eutanasia: http://aebioetica.org/archivos/Conclusiones_y_comunicado_final.pdf [consultado 4-XI-2018].

importantes⁴, resulta oportuno y urgente arrojar una sombra de duda o sospecha sobre el modo en cómo se ha interpretado y aplicado esa autonomía en las legislaciones actuales de eutanasia. A la luz de los datos que se presentan a continuación, los legisladores y adalides del autonomismo libertario⁵ han acabado obstinándose tanto en que los enfermos pudieran elegir voluntariamente la eutanasia, que lo que han conseguido es que terminen solicitándola más por presión ideológica⁶, psicológica y social que por una situación médica sin salida a su sufrimiento, algo ya infrecuente gracias a la medicina paliativa. De un modo falaz, se ha venido dotando a la autonomía de un armazón argumental y de una pátina de dignidad para justificar una práctica inmoral⁷ que, con la cooperación médica, niega la incondicionalidad de la vida humana. Al final, lo que sale a la luz es algo innoble para un estado y una sociedad: una gran falta de solidaridad y de justicia social al respaldar a ancianos y enfermos incurables para que «se echen a un lado»⁸ autónomamente y mueran con rapidez. De este modo, los demás pueden despreocuparse de tener que cuidarlos hasta el final tal y como exigiría su dignidad como personas.

* * *

Sirvan como cierre de esta introducción las recientes palabras dirigidas por el papa Francisco a los miembros de la *Academia Pro Vita*, en las que les alienta «a la promoción y a la protección de la vida humana en todo su desarrollo y a denunciar el aborto y la supresión de los enfermos como males gravísimos que contradicen el Espíritu de vida y nos hundan en la anti-cultura de la muerte»⁹.

⁴ Cfr. BEAUCHAMP, T. y CHILDRESS, J., *Principles of Biomedical Ethics*, 7ª ed., New York: Oxford University Press, 2013.

⁵ Cfr. KASS, L., «Eutanasia y autonomía de la persona», *Cuad. Bioét.* IV (1990) 24-29.

⁶ Cfr. MONTERO, E., *Cita con la muerte. 10 años de eutanasia legal en Bélgica*, Madrid: Rialp, 2013, 181.

⁷ MARTÍNEZ OTERO, J. M., «La hipertrofia del principio de autonomía en el debate bioético», *Cuad. Bioét.* XXVIII (2017) 329-340.

⁸ SPAEMANN, R., *Límites. Acerca de las dimensiones éticas del actuar*, Madrid: Ediciones Internacionales Universitarias, 2003, 412-413.

⁹ FRANCISCO I, *Carta del Santo Padre Francisco al Presidente de la Pontificia Academia para la Vida con ocasión del XXV Aniversario de su institución*, Vaticano: Libreria Editrice Vaticana, 6 de enero de 2019, nº 8.

1. LA DIGNIDAD HUMANA: UN PRINCIPIO SUPERIOR A LA AUTONOMÍA PERSONAL

Este capítulo de carácter introductorio pretende justificar por qué la dignidad humana es la que fija el marco en el que las decisiones autónomas gozan de legitimidad y de corrección ética. La conveniencia de iniciar el análisis partiendo de este principio superior no tiene otra finalidad que esclarecer la crisis conceptual producida actualmente sobre la autonomía en el ámbito médico. Desde esta perspectiva de la dignidad, y a partir de este punto, el binomio autonomía/dignidad correrá de modo inseparable a lo largo de las siguientes páginas.

Las diversas ambigüedades y desviaciones en el concepto moderno «autonomía» se atribuyen a desviaciones previas en el principio rector del actuar humano que es la dignidad. Consideramos que algunas interpretaciones o significados de la autonomía aplicadas a los pacientes representan en la práctica acciones contra el hombre al arrebatarle su dignidad ontológica trascendente. En buena medida, y como sostiene Spaemann, se puede asegurar que la raíz del problema se encuentra en un concepto de dignidad moderno que ha abandonado a la naturaleza humana teleologizada identificándose de modo fáctico con la autonomía y la libertad¹⁰.

Sin duda alguna, la autonomía de los pacientes en el ámbito de su salud constituye un bien que hay que realzar y proteger, porque además forma parte relevante de su dignidad. Pero al mismo tiempo, no debe obviarse, que es justamente por la dignidad que ostenta cada paciente por lo que se respeta su autonomía. Si se promueve su autonomía es porque son considerados como sujetos, no como objetos, es decir porque son intrínsecamente dignos¹¹. Por tanto, el respeto debido a la autonomía no es por la sola autonomía sino por la dignidad, que conforma un principio biojurídico que tiene a la persona en el centro y que se convierte en el fundamento de la autonomía y no al revés¹². De tal modo que, sin el presupuesto de la dignidad, la autonomía se convertiría en algo ininteligible.

Sostienen Beauchamp y Childress, padres del principialismo bioético, que «las acciones autónomas no han de estar sometidas al control y a las res-

¹⁰ Cfr. GONZÁLEZ, A. M., *Naturaleza y dignidad. Un estudio desde Robert Spaemann*, Pamplona: Eunsa, 1996, 223.

¹¹ Cfr. ANDORNO, R., *Bioética y dignidad de la persona*, 2ª ed., Madrid: Tecnos, 2012, 36.

¹² Cfr. GORDILLO, L., «¿La autonomía, fundamento de la dignidad humana?», *Cuad. Bioét.* XIX (2008/2) 237-253.

tricciones de otros»¹³. Pero, simultáneamente, hay que añadir que para que esa autonomía sea legítima y buena moralmente, se le exige una previa condición: no vulnerar el principio de la dignidad, cuya mayor manifestación consiste en la inviolabilidad de la vida humana.

La dignidad de la persona estaría mal definida si no tuviera en cuenta la autonomía y el ejercicio de la libertad. Por tanto, autonomía y dignidad están llamadas a compenetrarse, no a enfrentarse, afectándose su relación si se impidiera a las personas tomar decisiones importantes sobre su vida¹⁴. Si ha habido divergencias es porque «la autonomía en la modernidad ha tendido a hipertrofiarse»¹⁵ hasta convertirse en un valor absoluto¹⁶, desbancando a la dignidad y ocupando un sitio que legítimamente no le corresponde. Tan indiscutible resulta que la autonomía constituya un bien, como que la dignidad pertenezca a un «nivel superior de bondad»¹⁷.

No resulta posible ser autónomo sin hacer nada. Nacemos y morimos dependientes, con una autonomía nula o muy limitada, aunque la vamos mejorando y ampliando. Nunca se es autónomo del todo y para siempre. El propio Habermas asegura que «la autonomía o voluntad libre no es una propiedad caída del cielo, que automáticamente recibe cada ser humano. Es más bien una conquista precaria de las existencias finitas, existencias que solo teniendo presente su fragilidad física y su dependencia social pueden obtener algo así como fuerzas»¹⁸. Teóricamente, la fragilidad intrínseca de la autonomía no convence como garante fiable de la construcción de los derechos humanos.

En cambio, al examinar las cualidades de la dignidad de la persona, sí que es posible reconocer en ella el «fundamento último»¹⁹ de esos derechos. En primer lugar, porque uno siempre es digno del todo, aunque no haga nada más que existir. El no poder cuestionar su esencia sin hacerla desapa-

¹³ BEAUCHAMP, T. y CHILDRESS, J., *Principles of Biomedical Ethics*, 126.

¹⁴ Cfr. GÓMEZ MONTORO, A. J., «Dignidad, autonomía y derechos humanos», *Rev. Nuestro Tiempo* (2017) 109.

¹⁵ MARTÍNEZ OTERO, J. M., «La hipertrofia del principio de autonomía en el debate bioético», 329-340.

¹⁶ Cfr. MARCOS, A. y PÉREZ MARCOS, M., *Meditación de la naturaleza humana*, Madrid: BAC, 2018, 66-72.

¹⁷ GARCÍA-SÁNCHEZ, E., «La superioridad de la dignidad humana sobre la autonomía», Valencia: Diario Las Provincias (Opinión), 9-IX-2018, 35.

¹⁸ HABERMAS, J., *El futuro de la naturaleza humana. ¿Hacia una eugenesia liberal?*, Barcelona: Paidós, 2001, 51-52.

¹⁹ GLENDON, M. A., «La soportable levedad de la dignidad», *Persona y Derecho* 67, 2 (2012) 253-262.

recer es la razón por la que a la dignidad se le denomina *axioma*, es decir, el presupuesto necesario de toda argumentación y debate en el que está en juego la vida humana. La dignidad no la obtiene el ser humano obrando, ni se la adjudica la sociedad cuando realiza un acto determinado. En cambio, la posee cada hombre desde que viene a la existencia. No depende ni siquiera de lo que uno piense sobre su propia dignidad. Por eso, conviene no olvidar, que el hombre no es digno porque él lo haya decidido libre y autónomamente en un momento dado de su vida, o porque él subjetivamente se auto-conceda un valor elevado. Como bien sostiene Ángela Aparisi, «la dignidad ontológica es algo superior a esa pura decisión individual o social, e implica la consideración del ser humano como fin en sí mismo en sentido objetivo e incondicionado»²⁰.

La dignidad representa un valor absoluto e incondicional, y si en este sentido se adoptara una indiferencia axiológica respecto de ella, se anularía entonces cualquier posibilidad de valor²¹, cayendo en un relativismo moral, y otorgándole a la autonomía y al puro deseo «el rango de máximo principio por encima de cualquier otro principio ético»²². Pero tal hegemonía ética, acabaría condenando de inmoral e ilegal a toda acción que no satisficiera el requerimiento autónomo de cualquier persona al ir contra ese principio. Existiría una obligación por parte de los médicos de hacer lo que otra persona le pidiera autónomamente aunque fuera impropio, generándose una vinculación inviolable entre dignidad humana y la petición autónoma del paciente²³.

2. EFECTOS PERVERSOS DEL BUCLE AUTORREFERENCIAL DE LA AUTONOMÍA

La noción de autonomía de las ideologías libertarias y utilitaristas requiere ser precisada. No puede justificarse la moralidad del acto autónomo –pedir la muerte– y convertirlo en un derecho por el simple hecho de que no se hace daño a nadie y de que se realiza privadamente.

²⁰ APARISI, A., «El principio de la dignidad humana como fundamento de un bioderecho global», *Cuad. Bioét.* XXIV (2013/2^a) 202.

²¹ Cfr. JONAS, H., *El principio de responsabilidad. Ensayo de una ética para la civilización tecnológica*, Barcelona: Herder, 1995, 95-96.

²² LEÓN, F. J., *Bioética desde los bienes humanos básicos. Homenaje a Alfonso Gómez-Lobo*, Santiago de Chile: Fundación Interamericana Ciencia y Vida, 2015, 242.

²³ Cfr. GERMAN, R., *El final de la vida. Sobre eutanasia, ensañamiento terapéutico y cuidados paliativos*, Madrid: Palabra, 2018, 46.

2.1. *Las decisiones eutanásicas afectan a todos: no son solitarias ni aisladas*

El bucle autorreferencial originado cuando alguien defiende que tiene «derecho a» por el simple derecho de tenerlo, y de que es libre para elegir lo que le afecta solo a él, generaría un solipsismo irreprochable que obligaría a extender la justificación moral y jurídica a infinidad de casos en los que bastaría con la expresión del simple deseo individual. Esta concepción de la autonomía y de la libertad las convertiría en la fuente primordial de derecho, legitimando que de cada deseo pudiera brotar automáticamente un derecho. Entronizar a una libertad de cuño todopoderoso, permitiría que una «voluntad omnímoda»²⁴ determinara los confines de la propia vida independientemente de todo lo demás, porque ahora el paciente, al igual que el cliente, siempre tendría la razón. Y esta tipología de la razón reivindicaría el poder disponer de la vida a su antojo, manteniendo su autonomía a toda costa.

Justificar la eutanasia en el hecho de que se trata de una acción autónoma de *mi vida íntima*, en la cual la vida afectada y la libertad ejercida son de la misma persona sin afectar a otros, olvida que, aunque solo sea su vida, estaría justificando un ataque contra su propia dignidad. El respeto a uno mismo quedaría vulnerado como un elemento esencial del orden público. El reconocimiento de que el don gratuito de la vida no es para uno solo, porque además nos la han dado otros, exige una responsabilidad social de vivirla para los demás. Como declara la *Evangelium Vitae*: «sería un rechazo del amor a sí mismo, una negación de la natural aspiración a la vida, una renuncia frente a los deberes de justicia y caridad hacia el prójimo (...) hacia la sociedad entera»²⁵. Entrañaría un riesgo para el valor relevante que tiene la vida de las personas en la sociedad. Del tal modo que, si se extendiera la mentalidad de que cualquiera libremente puede hacerse daño incluso públicamente, con la única condición de no dañar a nadie más²⁶, se amenazaría la seguridad, el bien común, etc. Si la vida humana no valiera por sí misma sino por lo que uno subjetivamente pensara, entonces cualquiera podría instrumentalizarla y por tanto degradarla²⁷. Por otra parte, no se puede ocultar que esas decisiones personales nunca serán tan individuales como se piensa, porque, como ocurre en la eutanasia o en el suicidio asistido, requieren necesariamente de la asis-

²⁴ PARDO, A., *Cuestiones Básicas de Bioética*, Madrid: Rialp, 2010, 33.

²⁵ SAN JUAN PABLO II, Encíclica *Evangelium Vitae*, 1995, nº 66.

²⁶ Cfr. GÓMEZ MONTORO, A. J., «Dignidad, autonomía y derechos humanos», 104.

²⁷ Cfr. LEVINAS, E., *Ética e infinito*, Madrid: Visor, 1991, 53.

tencia de un tercero. No hay que olvidar que la autonomía eutanásica es siempre heterónoma.

Los efectos de la eutanasia nunca quedan encerrados neutralmente en el caparazón de la autonomía, sino que atraviesan la privacidad de la habitación del hospital o la intimidad de un domicilio. Afecta a los fundamentos mismos de la sociedad e «implica a todos los ciudadanos, porque no somos seres aislados que vivamos desconectados socialmente»²⁸. La manera de vivir y de morir nos afecta a todos, a la humanidad entera, ya que nuestra vida vale para los demás, aunque uno decida que no vale para sí mismo.

Por lo tanto, querer «institucionalizar el criterio de que si uno libremente decide eliminarse y se legalizara este acto, determinando lícito y digno el suicidio y la eutanasia, dañaría gravemente la inviolabilidad de la vida humana»²⁹. Quedaría comprometida la integridad de los médicos, la identidad y misión de la medicina, así como el mantenimiento de sus principios éticos³⁰. Por el contrario, corresponde al Estado el deber de proteger a las personas más vulnerables de la sociedad, limitando todas aquellas decisiones que vayan contra su propia dignidad, aunque se lleven a cabo autónomamente. De hecho, en las sociedades civilizadas, los Estados articulan las medidas necesarias para impedir que sus ciudadanos se vendan voluntariamente como esclavos o se droguen; igualmente impide la venta libre de órganos, e interviene para solucionar el elevado suicidio de adolescentes. Y en ninguna de estas últimas situaciones, ni el Estado ni la sociedad se plantearían estar yendo en contra del supuesto argumento de la autonomía individual³¹.

2.2. *Someter la lex artis a la autonomía del paciente es anti-médico*

En la mayor parte de las ocasiones, los deseos personales serán razonables y por tanto exigibles. Pero la razonabilidad de la autonomía del paciente permanecerá intacta si lo que justifica y desea corresponde a una acción buena y

²⁸ MONTERO, E., «¿Hacia una legalización de la eutanasia voluntaria? Reflexiones acerca de la tesis de la autonomía», *Rev. La Ley* (1999) 2, 1722-1729.

²⁹ Comunicado de AEBI sobre la Eutanasia.

³⁰ Cfr. DE LIMA, L. Y OTROS, «International Association for Hospice and Palliative Care Position Statement: Euthanasia and Physician-Assisted Suicide», *Journal of Palliative Medicine* 20 (1) (2017): 8-14.

³¹ Cfr. SERRANO, J. M., «Sobre la injusticia de la eutanasia. El uso de la compasión como máscara moral. referencia a nuevos documentos bioéticos europeos», *Persona y bioética* 17, 2 (2013) 182.

racional, en primer lugar, de acuerdo con la *lex artis*, con lo que está indicado médicamente: una acción a favor del bien del paciente, de su salud y su vida. La autonomía tal y como declara la *Guía sobre el Final de la Vida del Consejo de Europa* no implica el derecho del paciente a recibir todos los tratamientos que pueda solicitar, especialmente cuando el tratamiento en cuestión se considera inadecuado³². Por supuesto que la medicina no es una ciencia exacta y no siempre sabe automáticamente cuál es el tratamiento más adecuado para cada paciente. Pero como asegura Albert «la propia *lex artis*, siendo una *lex ad hoc*, se adapta mucho mejor a la infinita complejidad de las situaciones al final de la vida que cualquier norma jurídica, y no constituye un límite al ejercicio de la autonomía del paciente, sino si acaso una de sus más eficaces garantías»³³.

En el mundo sanitario está asimilada la idea de que la autonomía de los pacientes es decisiva y ha de ser respetada, pero, al mismo tiempo, no puede ser independiente de si se debe o no hacer lo que sea para satisfacerla. Porque el solo hecho de que un acto sea autónomo no determina automáticamente que este sea moralmente correcto o se adecue a la ética médica. La autonomía nunca podrá quedar eximida del juicio moral sobre la acción que quiere ejercerse. De hecho, como así sucede en la eutanasia, asegura Gómez Lobo que «existen actos perfectamente autónomos, libres de toda presión e interferencia, que son perfectamente inmorales»³⁴, es decir estrictamente incorrectos desde el punto de vista moral.

Por sí solas, ni la autonomía ni la calidad de vida pueden constituir categorías médicas objetivas que evalúen la razonabilidad de la prescripción u omisión de un tratamiento médico. Necesitan apoyarse en algo más que en sí mismas porque su hipervalorización eclipsaría la pregunta clave de la ética médica: ¿se debe o no llevar a cabo esta acción teniendo en cuenta la dignidad del paciente? Por consiguiente, un buen médico sabrá ponerse en el lugar del paciente y plegarse a sus deseos mientras sea moralmente admisible, que lo es muchas más veces de lo que parece. Pero si llegara un punto en el que considerara que ya no puede acompañar con su ayuda técnica las decisiones autónomas del enfermo, se negará a atenderlas, manteniendo, mientras tanto, su mejor ayuda en lo que no sobrepase esa línea de lo realmente inadmisibile.

³² *Guía para el proceso de toma de decisiones relativas al tratamiento médico en situaciones del final de la vida*, Consejo de Europa, noviembre 2014, 11.

³³ ALBERT, M., «Por una ley de cuidados paliativos», *Revista Mundo Cristiano* enero (2019) 17.

³⁴ Cfr. GÓMEZ-LOBO, A., *Los bienes humanos. Ética de la ley natural*, Buenos Aires: Mediterráneo, 2006, 145.

La autonomía del paciente es necesaria, pero se cuestiona su suficiencia si pretende exigir al médico todo lo que se desee³⁵. Sin perjuicio del respeto al consentimiento libre e informado del paciente, el primer requisito para la aplicación o continuación de cualquier tratamiento es una indicación médica³⁶; y ni la eutanasia, el suicidio asistido o la obstinación terapéutica entran dentro de esa consideración, debiendo quedar al margen del proceso de toma de decisiones clínicas, proceso que por otra parte, ha de ser consensuado entre médicos y pacientes.

El respeto de la autonomía del paciente ha de ser siempre compatible con el respeto por la *lex artis* y la deontología médica. Si por el contrario se situara a la autonomía por encima, anularía al médico, al invalidar el conjunto de normas que rigen su profesión. Inevitablemente, conceder la hegemonía absoluta a la autonomía desembocaría en el ocaso de la *lex artis*, porque el médico, para satisfacer el deseo del paciente, tendría que actuar muchas veces en contra de ella y supeditarse siempre al enfermo³⁷. El médico se vería obligado a dimitir de sus funciones médicas; pero al ceder, acreditaría el derecho a cometer un daño irreversible, un mal, como es toda solicitud en la que otro te quite la vida, que es la intencionalidad del acto eutanásico. «De ahí que se siga que sería irracional para un médico acceder a una solicitud de eutanasia por el solo hecho de que la solicitud sea autónoma»³⁸. Rechazar la eutanasia encuentra su justificación también política de salvaguardar la profesionalidad y la ética de la medicina³⁹. Porque si se concediera a los médicos un derecho para que ellos pudieran cooperar con la muerte de otros hombres –sus pacientes– se corrompería definitivamente la deontología médica y la regla fundamental del cuidado humano⁴⁰. Como sostiene Serrano: «la eutanasia supone que se otorga un poder donde antes no existía y se abandera una nueva y revolucionaria libertad»⁴¹.

Si el acto elegido voluntariamente consiste en quitar la vida a un enfermo, aunque este lo solicite libremente y lo ejecute un médico, este acto nun-

³⁵ Cfr. BOER, T. A., «Euthanasia, Ethics and Theology: A Dutch Perspective», *Review of Ecumenical Studies Sibiu* 6 (2/2014) 206.

³⁶ Cfr. *Guía para el proceso de toma de decisiones*, 12.

³⁷ RODRÍGUEZ LÓPEZ, P., *La autonomía del paciente*, Madrid: Dilex, 2004, 168.

³⁸ LEÓN, F. J., *Bioética desde los bienes humanos básicos*, 245.

³⁹ Cfr. MONTERO, E., *Cita con la muerte*, 181.

⁴⁰ Cfr. SERRANO, J. M., «Política de estado ante el final de la vida. La transformación de la deontología médica», *Cuad. Bioét.* XXIII (2012/1^o) 131.

⁴¹ SERRANO, J. M., «Sobre la injusticia de la eutanasia. El uso de la compasión como máscara moral. referencia a nuevos documentos bioéticos europeos», 81.

ca podrá ser tipificado como un acto médico, y además constituye un acto inmoral. Si el resultado querido es la muerte, que es el único querido en los actos de eutanasia, esta acción nunca podrá formar parte de una decisión médica y menos todavía de «un tipo de cuidado al final de la vida»⁴², aunque la legalidad lo permita. Como declara Serafín Romero, Presidente de la Organización Médico Colegial de España, «la eutanasia no forma parte de la medicina»⁴³, más bien es lo opuesto a ella al sostener una práctica antimédica aunque se realice en un contexto médico. Rompe una de las limitaciones de la acción médica que existen en la formulación teórica desde el juramento hipocrático. La *Academia Pontificia para la Vida* ha afirmado a este respecto que: «en la legitimación de la eutanasia se induce una complicidad perversa del médico, el cual, por su identidad profesional y en virtud de las inderogables exigencias deontológicas a ella vinculadas, está llamado siempre a sostener la vida y a curar el dolor, y jamás a dar muerte “ni siquiera movido por las apremiantes solicitudes de cualquiera” (Juramento de Hipócrates)»⁴⁴.

Invocar a la autonomía para justificar la muerte voluntaria de un enfermo viola el significado esencial del arte de curar. Y no hay nada más contradictorio para la medicina⁴⁵, porque, tratar el sufrimiento eliminando al que sufre, es un contrasentido de la acción médica paliativa. Sencillamente, la eutanasia no es un problema médico porque nunca el acto de provocar la muerte del paciente puede entrar a formar parte de la metodología clínica. Ni es medicina ni el médico podría considerarse como tal si ejecutara ese acto⁴⁶, aunque se busque el amparo de la ley.

En cambio, lo que sí es auténtica medicina es valorar el nivel del sufrimiento del paciente y activar los mecanismos para aliviarlo, acompañando al enfermo con delicadeza humana hasta el final de su vida⁴⁷. Esta sí que es la respuesta adecuada y competente de la medicina como ciencia y acorde con su

⁴² MONTERO, E., *Cita con la muerte*, 141.

⁴³ ROMERO, S., «*La eutanasia no forma parte de la medicina*», Diario la Razón, junio 2018.

⁴⁴ ACADEMIA PONTIFICIA PARA LA VIDA, *Respetar la dignidad del moribundo*, Ciudad del Vaticano, 9 de diciembre de 2000.

⁴⁵ KASS, L., «Death with dignity», *Human Life Review* XVI (1990) n. 2, New York.

⁴⁶ Cfr. REQUENA, P., *¡Doctor no haga todo lo posible!*, *De la limitación a la prudencia terapéutica*, Granada: Comares, 2017, 6.

⁴⁷ CENTENO, C. Y OTROS, *Manual de medicina paliativa*, Pamplona: Eunsa, 2009; ASTUDILLO, W., MENDINUETA, C. y ASTUDILLO, E., *Medicina paliativa: cuidados del enfermo en el final de la vida y atención a su familia*, 6ª ed., Pamplona: Eunsa, 2018.

identidad. Muchos médicos avalan que, ante una solicitud totalmente autónoma y consciente de eutanasia, lo que hay es un enfermo que sufre y desea morir; y en esta situación, lo que compete profesionalmente al médico no es atender su solicitud de muerte, sino la tarea de hacer desaparecer el sufrimiento del paciente con esos cuidados paliativos indicados. Y como se comprueba en la mayoría de los casos, una vez aliviado el sufrimiento se neutraliza la solicitud de muerte.

Resulta impresionante la cantidad de acciones aliviadoras que se pueden llevar a cabo en un enfermo que sufre. Por el contrario, la eutanasia hace fracasar a la medicina⁴⁸ porque sus defensores piensan que científicamente ya no se puede hacer nada más por el enfermo incurable⁴⁹. Despojan a la medicina del valor creativo que siempre le ha caracterizado, frenando el progreso médico del control de la enfermedad y el abordaje del dolor. La eutanasia, al no ser medicina, la única solución que ofrece al paciente es su silencio definitivo. De todas formas, como declara Herranz con fuerte pesar: «ningún paliativo podrá competir nunca ante la baratura y la velocidad de la eutanasia»⁵⁰. Una baratura que llega a pensar que se trata de un acto de compasión, un gesto de amor que libera al paciente y le ofrece el don de la muerte.

2.3. *La negación de la propia autonomía al final de la rampa deslizante*

A la vista de los resultados de estos últimos veinte años, no está siendo buena experiencia utilizar la autonomía del paciente como fundamento para legislar sobre cuestiones que comprometen la vida humana. En los pocos países en los que es legal la eutanasia, abundan los casos de eutanasias practicadas por médicos sin el consentimiento de los pacientes. Así lo confirman los trabajos de Montero en Bélgica y de Hendin, Ortega y Vega en Holanda y Oregón⁵¹. También la *Coalición para la Prevención de la Eutanasia*, el estudio que abarca el periodo 2010-2015, contabilizó 7.254 suicidios asistidos de las cua-

⁴⁸ Cfr. DU BOULAY, S., *Cicely Saunders*, Madrid: Palabra, 2011, 214.

⁴⁹ Cfr. GARCÍA-SÁNCHEZ, E., *Despertar la compasión. El cuidado ético de enfermos graves*, Pamplona: Eunsa, 2017, 23.

⁵⁰ HERRANZ, G., «Tratamiento del dolor y ética médica», en *Desde el corazón de la medicina. Homenaje a Gonzalo Herranz*, Madrid: Organización Médico Colegial de España, junio 2013, 337-338.

⁵¹ Cfr. MONTERO, E., *Cita con la muerte*; HENDIN, H., *Seducidos por la muerte. Médicos, pacientes y suicidio asistido*, Madrid: Planeta, 2009; 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, 223.

les 431 fueron por «terminación de la vida sin petición»⁵². Estos autores consideran que las directrices fijadas para proteger a los pacientes han fracasado, ya que han sido modificadas o, peor todavía, violadas. Y en gran parte, el fracaso viene de la utopía de pensar que es posible cumplir todas y cada una de las condiciones previstas.

En la práctica, los propios médicos acaban ellos mismos reconociendo las dificultades que tienen para salvaguardar todas y cada una de las condiciones que han de darse para asegurar que la decisión del paciente sea autónoma y, por tanto, para que la eutanasia sea legal⁵³. Muchos la ejecutaron al considerar que no merecía la pena mantener con vida durante más tiempo a esos enfermos incurables y con dudosas dolencias extremas e insoportables. Reconocieron que, en su frágil estado, carecían de competencia para tomar una decisión autónoma, prefiriendo ellos mismos –los médicos– tomar la decisión final por su cuenta, convenciéndose de que supuestamente esa sería también la decisión del paciente. Dada la ilegalidad cometida, encubrieron su delito cuidando que en la documentación presentada se certificara su autonomía⁵⁴.

La pendiente resbaladiza ha cruzado la frontera que requería la voluntariedad para poder practicar la eutanasia legalmente. Pero este abuso no entra ya en la definición de eutanasia, sino en la de homicidio con premeditación, estimándose una gravedad aún mayor que una eutanasia voluntaria, al arrogarse injustamente el médico el poder de decidir quién debe vivir y quién debe morir⁵⁵.

Paradójicamente, la evolución de la ley ha sido la ilegalidad, violándose el derecho del paciente y su libertad a tomar una decisión. Es decir, el deslizamiento de las actuales leyes de eutanasia ha acabado negando la misma

⁵² <http://statline.cbs.nl/Statweb/publication/?DM=SLNL&PA=81655NED&D1=a&D2=a&D3=a&D4=l&VW=T> [consultado 15-XII-2018].

⁵³ Según la propuesta de ley de eutanasia española, las condiciones para hacer legal la eutanasia son muy parecidas a las propuestas en la legislación holandesa y belga: (i) La solicitud de eutanasia debe venir únicamente del paciente y debe ser completamente libre y voluntaria, además debe ser capaz y consciente en el momento de su decisión (ii) La solicitud del paciente debe ser meditada, duradera y persistente, y debe constar por escrito; (iii) El paciente debe estar experimentando un sufrimiento intolerable (no necesariamente físico), sin esperanzas de mejoría; (iv) La eutanasia debe ser un último recurso. Se debe haber considerado otras alternativas para aliviar la condición del paciente como son los cuidados paliativos; (v) La eutanasia debe ser llevada a cabo por un médico; (vi) El médico debe consultar con un médico independiente que tenga experiencia en este campo y que debe redactar un informe donde haga redactar su propio juicio. MONTERO, E., *Cita con la muerte*; cfr. HENDIN, H., *Seducidos por la muerte*.

⁵⁴ Cfr. KEOWN, J., *Euthanasia, ethics and public policy, an argument against legalization*, 2ª ed., Cambridge: Cambridge University Press, 2018, 190.

⁵⁵ Cfr. SAN JUAN PABLO II, *Evangelium Vitae*, n° 66.

autonomía del paciente que sus fundadores y defensores esgrimieron para legalizarla. De tal modo que, al final, la apelación a la autonomía ha ido encubriendo «el poder de dominio de unos –personal médico– sobre otros, enfermos en su mayor fase de fragilidad»⁵⁶. En este contexto de amparo legal, el médico ha asumido tal grado de superioridad sobre la vida del enfermo que, so capa de respeto por la supuesta autonomía, acaba en el paternalismo más duro, ninguneando al paciente.

Es la rareza bipolar de la despenalización de la eutanasia que deberían advertir los nuevos legisladores y promotores. Como ya se ha verificado, la inconsecuente estrategia consiste en proponer la autonomía como elemento decisivo para luego atentar contra ella, contra la libertad y, en primer lugar, contra la dignidad humana. Resulta del todo disociativo, afirmar por un lado y de modo imparcial la autonomía del paciente para desembocar en su restricción en un número creciente de casos. Concretamente, la secuencia se inicia en la llamada «eutanasia voluntaria con el libre consentimiento del paciente», para pasar después de una práctica rutinaria durante tiempo a una no voluntaria (en la que el propio paciente no decidió nada, por su incapacidad de decidir dado su estado de inconsciencia), llegando al final a la eutanasia involuntaria practicada sobre un paciente que aún es competente y sin haber solicitado ni siquiera deseado morir»⁵⁷.

El efecto más corrupto del deslizamiento ha consistido en la aprobación de la eutanasia en pacientes solo con depresión, o que dicen padecer un sufrimiento existencial por pérdida autonomía⁵⁸, pero en los cuales no hay diagnosticado un sufrimiento insoportable como tal. Más aún, la eutanasia se ha extendido a gente anciana que sufre por la soledad de vivir solos⁵⁹, o que

⁵⁶ MARTÍNEZ OTERO, J. M., «La hipertrofia del principio de autonomía en el debate bioético», 330.

⁵⁷ HERRANZ, G., «La eutanasia, un poder incontrolable sobre la muerte», en MOLINA, E. y PARDO, J. M. (eds.), *Sociedad contemporánea y cultura de la vida. Presente y futuro de la bioética*, Pamplona: Eunsa, 2006, 206: «El comité del Fiscal General informa, como resultado de sus encuestas, que los médicos declaran que el paciente interviene en el proceso de decidir el final de su vida en aproximadamente la mitad de los casos, pues en el 40% de ellos no es posible a causa de su conciencia debilitada. Pero, y el dato es de 1999, al 15% de los pacientes cuya vida fue terminada por médicos generales no se les invitó a participar, pudiendo hacerlo, en tan trascendente decisión: los médicos por razones paternalistas, ponen fin a su vida sin advertírselo»; cfr. HENDIN, H., *Seducidos por la muerte*, 156.

⁵⁸ SGRECCIA, E., *Manual de Bioética, Fundamentos y ética biomédica*, 4ª ed., Madrid: BAC, 2018, 897; cfr. YUILL, K., *Assisted Suicide: the humanist, liberal case against legalisation*, United Kingdom: Palgrave Macmillan, 2013, 83-111.

⁵⁹ BOER, T. A., «Euthanasia, Ethics and Theology: A Dutch Perspective», 205-206.

han perdido el sentido de la vida por la muerte de un ser querido; también se ha ejecutado sobre enfermos dementes o menores de edad⁶⁰, incluso neonatos con defectos congénitos⁶¹. Por último, el descontrol ha recaído sobre enfermos neurodegenerativos que están lejos de encontrarse en un estado terminal⁶².

Como reconoce el holandés Theo Boer, uno de los impulsores de la eutanasia en Holanda, la mayoría de estos enfermos «podrían haber vivido décadas si no se les hubiera practicado la eutanasia y se les hubiera atendido con cuidados paliativos»⁶³.

Finalmente, en este deslizamiento siempre a peor, se llega a la situación injustamente acomodada en la que las autoridades públicas dejan de perseguir a los infractores de la ley al no hacer nada por averiguar quiénes son esos médicos. Sin duda, se trata de una búsqueda y captura imposible teniendo en cuenta que un número elevado de ellos no declaran aquellas eutanasias en las que incumplieron las condiciones de legalidad⁶⁴. Según ha investigado Cohen-Almagor, experto mundial en la aplicación de la eutanasia en Bélgica desde su legalización en 2002, «casi la mitad de los casos de eutanasia no son declarados a la Comisión Federal de Evaluación y Control»⁶⁵. Y como era de esperar, los médicos no se autodenuncian, sino que notifican falsamente como muerte natural la causa del fallecimiento de los pacientes a los que les provocaron la muerte. Se normaliza una situación escapatoria e indulgente para que apenas nadie sea investigado por la comisión de un delito penal⁶⁶.

Las experiencias holandesas, belgas y las de Oregón (EE.UU.) muestran que una vez despenalizada la eutanasia es prácticamente imposible establecer

⁶⁰ MONTERO, E., *Cita con la muerte*, 128-131.

⁶¹ ORTEGA, I. y VEGA, J., «La pendiente resbaladiza en las legislaciones del suicidio asistido y de la eutanasia», 234.

⁶² EMANUEL, E. Y OTROS, «Attitudes and Practices of Euthanasia and Physician-Assisted Suicide in the United States, Canada, and Europe», *JAMA* (2016), 316(1) 79-90.

⁶³ BOER, T. A., «Euthanasia, Ethics and Theology: A Dutch Perspective», 206.

⁶⁴ Cfr. ORTEGA, I., «La pendiente resbaladiza en la eutanasia», *Annales Theologici* 17 (2003) 77-124; KEOWN, J., «Euthanasia in the Netherlands: sliding down the slippery slope?», en KEOWN, J. (ed.), *Euthanasia examined-Ethical, Clinical and Legal Perspectives*, New York: Cambridge University Press, 1995, 261-263.

⁶⁵ COHEN-ALMAGOR, R., «First do no harm: intentionally shortening lives of patients without their explicit request in Belgium», *J Med Ethics* (2015) Aug 41(8) 625-629; cfr. MATERSTVEDT, L. J. y MAGELSEN, M., «Medical murder in Belgium and the Netherlands», *J Med Ethics* (2016) Sep 42(9) 621-624.

⁶⁶ Cfr. ORTEGA, I. y VEGA, J., «La pendiente resbaladiza en las legislaciones del suicidio asistido y de la eutanasia», 232.

límites suficientes para garantizar su control y respeto. Tal y como declara 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»⁶⁷. Como se ha comprobado, las legislaciones tienden a escapar al control de los gobernantes, permitiendo que se cometan abusos, dejando desatendidos e indefensos a los más débiles: «declarada como acción legal o éticamente aceptable, la eutanasia tiende a convertirse irremediamente en un gesto despótico, en un poder incontrolable»⁶⁸. De nuevo Boer lo confirma autorizadamente en un artículo a la prensa británica: «estábamos equivocados, terriblemente equivocados. La ley consideraba la eutanasia como algo extraordinario, pero ha terminado aplicándose a personas deprimidas por estar solas o por haber enviudado. Una vez que el genio está fuera de la botella, no es probable que se pueda meter otra vez (...). Desde 2008, las muertes comenzaron a incrementarse a un ritmo del 15% anual. De 1.882 casos registrados en 2002, se pasó diez años después a 4.188. Este año o el próximo, es probable que se pase de 6.000. (...) Para los pacientes de cáncer, la eutanasia va camino de convertirse en la forma “normal” de morir»⁶⁹.

Se cierra este apartado con las declaraciones de otro de los impulsores holandeses, Els Borst: «la eutanasia había llegado demasiado temprano en los Países Bajos: Lo hicimos en el orden incorrecto. Nos rendimos a la presión política y social por la eutanasia antes de que hubiéramos arreglado adecuadamente los cuidados paliativos»⁷⁰.

2.4. *En nombre de «mi autonomía» queda limitada la autonomía del médico*

Las ideologías pro-eutanásicas suplicantes de la autonomía del paciente como exigencia legal, acaban radicalizando tanto su valor que, paradójicamente, terminan negando o limitando otra autonomía igual de legítima, aquella del personal médico. Resulta contradictorio e injusto que, en aras de la autonomía personal, se diluyan o eclipsen todas las demás autonomías, como si estas no existieran. Los defensores de este absolutismo de la autonomía aca-

⁶⁷ MONTERO, E., *Cita con la muerte*, 188.

⁶⁸ Cfr. HERRANZ, G., «La eutanasia, un poder incontrolable sobre la muerte», 203.

⁶⁹ BOER, T. A., <https://www.dailymail.co.uk/news/article-2686711/Dont-make-mistake-As-assisted-suicide-bill-goes-Lords-Dutch-regulator-backed-euthanasia-warns-Britain-leads-mass-killing.html> [consultado 15-XII-2018].

⁷⁰ BOER, T. A., «Euthanasia, Ethics and Theology: A Dutch Perspective», 197-214.

ban impugnando su valor y su aplicación al hacerla desaparecer de todos aquellos que no complazcan sistemáticamente los deseos individuales. Y, además, la misma dignidad que ellos defienden para justificar su derecho a morir, la niegan ahora de modo injusto a sus opositores. Parece como si solo estuvieran llamados a ser dignos y autónomos los pacientes ante sus médicos, quedando estos excluidos de esos valores en su propia persona y actividad profesional. El *Yo autónomo* obligaría al Estado a vigilar y condicionar la autonomía de todo aquel que no secundara sus comportamientos⁷¹.

Con frecuencia, los defensores de la autonomía protestan ante cualquier imposición sobre el paciente, pero, a través de sus propuestas legislativas ejercen una enorme presión sobre el médico, comprometiendo gravemente su autonomía profesional y personal. Y violentar al médico para que el dictado de su conciencia se suplante por el dictado del paciente, equivaldría a la pérdida de la armonía interior y la integridad ética de los que practican la medicina. El nuevo imperativo moral procedería entonces de una subjetividad desbordante y del supuesto derecho de autodeterminación del paciente. Y en este ambiente, asegura Andorno, «el médico se convertiría en una suerte de mercenario al servicio de cualquier pretensión del paciente por irracional que sea, satisfaciendo deseos que son contrarios al arte de curar»⁷². Al final, el valor de la vida en sí misma quedaría subordinado a la libre voluntad del paciente, comprometiendo la voluntad del médico a quien le solicitara la muerte.

De partida, nadie cuestiona la importancia de respetar las motivaciones e interés de los pacientes. Pero si estos demandan un procedimiento que no es compatible con el mantenimiento de la salud, o que niega la inviolabilidad de la vida, el deseo autónomo del paciente se convierte entonces en abusivo e ilícito. Quedaría transgredida otra libertad y conciencia, aquella que pertenece al médico. Y nunca se le puede obligar y responsabilizar a un médico de llevar a cabo una mala actuación –*mala praxis*– que lesionaría su propia autonomía profesional y moral⁷³, la cual no es fruto de un capricho arbitrario de su conciencia, sino que procede de una tradición milenaria y de un *ethos* que han conformado una sólida identidad. Y el inalterable precepto que atraviesa la historia médica se resume en el principio *primum non nocere*. La medicina, y también la

⁷¹ Cfr. GÓMEZ MONTORO, A. J., «Dignidad, autonomía y derechos humanos», 110.

⁷² ANDORNO, R., *Bioética y dignidad de la persona*, 45.

⁷³ SGRECCIA, E., *Manual de Bioética*, 885.

enfermería, constituyen profesiones que proponen este principio de ética elemental, llamado de *no maleficencia*, porque saben que no hay parangón con ninguna otra profesión en donde el profesional tenga que buscar el bien del otro y no su daño. Por eso, la medicina como ciencia sabe cuáles son los bienes y los fines que ha de perseguir en su actuación sobre los pacientes; bienes y fines⁷⁴ que no debería nunca negar y que tendrán prioridad sobre las preferencias del paciente⁷⁵, las cuales ni pueden ser ilimitadas ni pueden ser contrarias a la medicina. En el ordenamiento jurídico español, la vigente Ley 41/2002 de la autonomía del paciente, declara en su artículo 11.3 que las instrucciones previas que sean contrarias a la *lex artis* no serán aplicadas.

Una consecuencia práctica del abuso de la autonomía sería la injusta conculcación o el condicionamiento del derecho fundamental a la objeción de conciencia del personal sanitario. Muchos médicos defienden, en primera instancia, la llamada objeción de conciencia cuando se les pide que actúen en contra de sus conocimientos científicos, de su misión y vocación sanadora. Y posterior o simultáneamente, apelan a la objeción de conciencia para que se respeten también sus convicciones y libertad de pensamiento. En algunas legislaciones y contextos bioéticos en los que se exalta la autonomía, llama la atención las estrictas condiciones bajo las cuales se acepta la objeción del médico. Parece como si solo se admitiera a regañadientes que un médico pudiera invocar su derecho a negarse a determinadas prácticas que violentan su conciencia médica⁷⁶. Y por eso, en algunos casos, exigen abusivamente un precio a esa legítima reivindicación, obligando a que se garantice que otro médico preste el supuesto servicio solicitado por el paciente. Pero, como afirma Antonio Pardo, resulta contradictorio por incoherente que, si un médico ya manifestó su desacuerdo con una determinada práctica que le parece inaceptable, sea quien sea el que la realice, tenga ahora que buscar o delegar en otro médico que quiera hacerlo⁷⁷.

También, resulta innecesaria e ineficaz la condición recogida en el artículo 12 de la Proposición de la ley española, consistente en la creación de registros públicos de «objetores a realizar la ayuda a morir». Señala Marta Al-

⁷⁴ HASTINGS CENTER, «The goals of medicine. Setting new priorities», *Hastings Center Report* (1996) Nov-Dec; 26 (6, Suppl.) S1-S27.

⁷⁵ REQUENA, P., *¡Doctor no haga todo lo posible!*, 131.

⁷⁶ Cfr. PARDO, A., «Más allá de la autonomía», *Revista de Medicina de la Universidad de Navarra* (2003) 47(3): 47.

⁷⁷ Cfr. PARDO, A., *Cuestiones Básicas de Bioética*, 74.

bert que, con tal de priorizar el interés del paciente, la propuesta no deja nada claro quién podrá objetar, si solo el médico directamente implicado, el médico colaborador, o el enfermero que atiende al enfermo, etc.⁷⁸

2.5. *La esquizofrenia de la autonomía absoluta*

La exageración de la autonomía puede acabar en una fractura psicopatológica del sujeto o, como decía *Bertrand Russell*, en la esquizofrenia del hombre moderno⁷⁹. No puede considerarse una postura equilibrada apelar a la autonomía con la aspiración de sentirse así autorrealizado para, a la postre, dejar de realizar cualquier actividad por una *muerte digna*. La autonomía, como propiedad que nos caracteriza como seres morales, debería ser utilizada para hacer posible nuestra futura autonomía, no para destruirla. Por tanto, manifiesta una lógica ininteligible codiciar una libertad absoluta para a continuación privarse de ella encadenándose a las vías de un tren. Ante este incomprendible silogismo, se pregunta Leon Kass: «¿cómo puedo honrarme a mí mismo suprimiendo mi propio ser? Incluso en el caso de que la dignidad consistiera únicamente en la autonomía, ¿no resulta curioso sostener que la autonomía alcanza su cénit en el mismo momento en que desaparece?»⁸⁰. De modo similar lo expresa Spaemann, cuando afirma que sería querer «llevar a cabo un acto radical de olvido a uno mismo para alcanzar un estado deseable que es la muerte»⁸¹.

El grito de la autonomía absoluta: «todo menos mi libertad», se sofoca sacrificando la propia libertad. «Es una paradoja más extrema que la de quien reclama la libertad de venderse como esclavo, es decir, la libertad de privarse de la libertad»⁸². Provoca desconcierto, por absurda, la decisión de suplicar autonomía para reivindicar la eutanasia como forma suprema de la independencia del hombre y última libertad de la vida⁸³. Resulta un contrasentido solicitar la muerte cuando, precisamente, es la misma muerte la que hace borrar

⁷⁸ Cfr. ALBERT, M., «El papel de la administración en la determinación del contenido del derecho a la objeción de conciencia de los profesionales sanitarios en el contexto de “nuevos derechos”: los casos del aborto y la eutanasia», *Estudios de Deusto* 66, n.º 2 (2018) 153-189.

⁷⁹ Citado en MARCOS, A. y PÉREZ MARCOS, M., *Meditación de la naturaleza humana*, 67.

⁸⁰ KASS, L., «Death with dignity», 33-43.

⁸¹ SPAEMANN, R., *Límites. Acerca de las dimensiones éticas del actuar*, 412-413.

⁸² LEÓN, F. J., *Bioética desde los bienes humanos básicos*, 256. Cfr. MARTÍNEZ OTERO, J. M., «La hipertrofia del principio de autonomía en el debate bioético», 330.

⁸³ SGRECCIA, E., *Manual de Bioética*, 855 y 898.

lo que esa persona consideraba que era el valor central de su existencia: su propia autonomía y libertad. Se pretende llevar a cabo un acto libre, pero no para intensificar la libertad sino para lo contrario, es decir, para anular esa capacidad con la muerte; se obstinan en legitimar la libertad de un acto como la muerte que impide para siempre realizar nuevos actos, autonegándose así la propia libertad. En palabras de aquella lógica nihilista que describía Jean Paul Richter y que encajan con una autonomía *enloquecida*: «Si cada yo es padre y creador de sí mismo ¿por qué entonces no puede ser también su propio ángel exterminador?»⁸⁴.

De nuevo Kass lo concluye todo con lucidez cuando afirma que «elegir la muerte no es una opción entre muchas, sino el modo de suprimir todas las opciones»⁸⁵.

3. EL *BYPASS* EUTANÁSICO: DE LA AUTONOMÍA DEL PACIENTE A SU MUERTE SIN CUIDARLE

Aquellos que legitiman la eutanasia pasan directamente desde la autonomía y por la autonomía a la muerte⁸⁶. Es decir, vacían de contenido humano y médico la fase de fragilidad por la que atraviesa un enfermo en las sus últimas etapas de su vida. Para algunos, resulta inaceptable una dignidad humana vinculada con la dependencia. Y, al final, retiran la universal necesidad de los otros de la cláusula de sociabilidad sellada en la naturaleza humana. No quieren advertir que el reconocimiento de la propia vulnerabilidad es imprescindible para la mutua solidaridad entre los hombres. Pero, como alerta con gravedad Martha Nussbaum: «si nos vemos como dioses autosuficientes, no entendemos los vínculos que nos unen a nuestros congéneres. Y esta falta de comprensión no es inocente. Engendra una perversión dañina de lo social, dado que las personas que se creen por encima de las vicisitudes de la vida tratan a los demás de modos que infringen, a través de la jerarquía, sufrimientos que culpablemente no comprenden»⁸⁷.

Al no haber tiempo para morir se construye un *bypass eutanásico*, que ayudado por la tecnología se salta velozmente un paso: el del reconocimiento de

⁸⁴ RITCHER, J. P., *Alba del nihilismo*, Madrid: Istmo, Edición de Adriano Fabris, 2005, 53.

⁸⁵ KASS, L., «Death with dignity», 33-43.

⁸⁶ Cfr. MARCOS, A. y PÉREZ MARCOS, M., *Meditación de la naturaleza humana*, 68.

⁸⁷ NUSSBAUM, M. C., *El ocultamiento de lo humano. Repugnancia, vergüenza y ley*, Buenos Aires: Katz Ediciones (Conocimiento), 2006, 20.

la vulnerabilidad humana. Las acciones eutanásicas vendan los ojos de pacientes, familias y médicos para alcanzar el *exitus* aceleradamente con la conciencia narcotizada.

Por el contrario, el reconocimiento de la dignidad de la vida enferma en sus últimos momentos, asume simultáneamente la debilidad como parte de la humanidad y la aplicación de medios paliativos para controlar el dolor. Desde la lógica ética del principio de dignidad, no se niega ni el sufrimiento ni el déficit de autonomía, sino que ofrece la senda del diálogo constructivo de la dignidad con las virtudes relacionadas con la dependencia. Así lo hace el filósofo *MacIntyre* en su obra⁸⁸ e incluso la propia ley española de dependencia, cuando valoran como un reto del estado y de la sociedad «atender las necesidades de aquellas personas que, por encontrarse en situación de especial vulnerabilidad, requieren apoyos para desarrollar las actividades esenciales de la vida diaria»⁸⁹. Y atenderles se concreta en dispensarles cuidados paliativos para mitigar sus estados de mayor vulnerabilidad física y mental. Estos cuidados, al controlar el dolor, restauran la libertad del paciente al final de su vida. Combinan la ética de la autonomía con la ética de la vulnerabilidad, previniendo y aliviando el sufrimiento, dedicando tiempo, recursos y esfuerzos a cuidar a los enfermos con una medicina vanguardista hasta el final de sus vidas.

En cambio, la eutanasia acelera la muerte porque observa como una extorsión tener que cuidar del enfermo frágil. Por este motivo, legalizar la eutanasia es la gran declaración de derrota social, política y sanitaria ante la enfermedad y la muerte⁹⁰. Resulta más cómodo y barato apelar a un derecho a morir *-bypass-* para acabar cuanto antes con los enfermos que sufren, invocando a su sacra autonomía bajo la apariencia de dignidad y compasión. Reivindican un nuevo derecho que exige morirse antes y rápido para no tener que morirse después, teniendo que dedicar tiempo a ser cuidado y a dejarse cuidar como merece su dignidad.

El itinerario eutanásico de muerte exprés deja de oír y atender a los enfermos que reclaman a gritos el derecho prioritario a recibir ayuda de la sociedad y del Estado para aliviar su dolor; porque lo que están reivindicando los que sufren es un derecho a no sufrir, y no un derecho a que un tercero *-nor-*

⁸⁸ Cfr. MACINTYRE, A., *Animales racionales y dependientes*, Barcelona: Paidós, 2001.

⁸⁹ Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. «BOE» núm. 299, de 15-XII-2006.

⁹⁰ Cfr. GERMAN, R., *El final de la vida*, 51.

malmente un médico— acabe con su vida con o sin su consentimiento; los enfermos se oponen a que se les imponga por decreto un derecho que ni siquiera ellos ni la mayoría social han demandado. Y aunque estén perdiendo progresivamente la salud y su autonomía, lo que no nunca perderán es su derecho a ser cuidados y su derecho fundamental a seguir viviendo.

Objetivar al moribundo o al enfermo incurable, deseando que sea plenamente libre y consciente para decidir cuanto antes su muerte, esconde inevitablemente un distanciamiento sobre él. Se actúa como una reacción de defensa por parte de quienes no soportan el sufrimiento o la incapacidad de los seres queridos. Pero este rechazo del contacto, del afecto y del cuidado es probablemente la causa principal de la deshumanización de la muerte, cuyo antecedente inmediato consiste en convencer al paciente para que en aras de su autodeterminación elija morir. Prevalece esta elección por encima de la posibilidad real de activar todos los mecanismos posibles para paliar su sufrimiento y cuidarlo. Y en este sentido, como señala Marta Albert en relación a la Proposición de ley española, resultaría perverso encauzar al paciente por la vía de la eutanasia para que exprese su voluntad de morir cuando ni si quiera se le ha informado debidamente, ni se le han ofrecido unos cuidados paliativos adecuados. Legisladores y médicos partidarios de la eutanasia estarían ya presuponiendo el resultado esperado de los pacientes, corrompiendo gravemente el proceso deliberativo de tomas decisiones⁹¹. Describe Keown que la eutanasia incorpora una valoración social objetiva por la que se considera que determinadas vidas, aquellas cuyo deseo de muerte se atiende, no merecen la pena ser vividas⁹². De este modo, la eutanasia y la cooperación al suicidio no hacen sino oponerse a la ética de los cuidados de las personas vulnerables al final de la vida, viciando radicalmente las relaciones entre ellas y sus médicos y cuidadores.

El cuidado debería ser una categoría ética central no solo en la medicina sino en la sociedad, que define a la calidad moral de esta. Como sostiene Domingo Moratalla: «el cuidado nos mantiene despiertos, alertas y vigilantes para que nuestra fragilidad, dependencia y vulnerabilidad no sean planteadas como defectos e imperfecciones sino como oportunidades de plenitud»⁹³. En

⁹¹ Cfr. ALBERT, M., «El papel de la administración en la determinación del contenido del derecho a la objeción de conciencia de los profesionales sanitarios...», 153-189.

⁹² Cfr. KEOWN, J., *Euthanasia, ethics and public policy*, 190.

⁹³ DOMINGO MORATALLA, A., *El arte de cuidar*, Madrid: Rialp, 2013, 18-19.

cambio, de prevalecer y extenderse la eutanasia, acabaría desvalorizándose la acción humanitaria de aquellos miles de personas que sostienen y sacan adelante a los más dependientes. Bajo el amparo de una autonomía limitada e irreal, que es la que se constata en la mayoría de los enfermos graves, se les daría la espalda, abandonándose por la vía rápida la oportunidad de crecimiento y solidaridad social que representan los cuidados.

Afirma Kass que «la muerte para que sea digna requiere que los allegados traten al ser humano hasta el final como a una criatura a imagen y semejanza de Dios. Espero que quede claro, pues, que una muerte digna, entendida como encarar dignamente la muerte, no es un asunto que se reduce a quitar enchufes o suministrar sustancias letales»⁹⁴, que es lo que sucede a través del *bypass* eutanásico.

4. LA FALACIA DE LA AUTONOMÍA EN LOS PACIENTES GRAVES

Sin carácter discriminatorio, existen razones objetivas para dudar de la capacidad autónoma de un enfermo grave. Esto no supone una renuncia o resistencia a atender y escuchar sus motivaciones e inquietudes, sino la constatación de un hecho médico y social: los enfermos no pueden ser autónomos plenamente porque están enfermos.

Se ha de asumir pacíficamente que un buen número de enfermos graves con diagnósticos terminales ya no tienen el control sobre su vida. Lo han perdido, y además el dolor les perturba; por estos motivos piden ayuda, abandonándose en manos del equipo médico y de sus familiares. Menor capacidad aún es la de aquellos pacientes que ingresan directamente en *Unidades de Cuidados Intensivos*, situación crítica que dificulta captar objetivamente sus preferencias⁹⁵. Los enfermos próximos a morir elaboran sus ideas de un modo distinto a como lo hace el resto del mundo y ellos mismos cuando no están en esa situación. Astudillo y Rodrigo confirman que el diagnóstico de la enfermedad les produce una sensación de amenaza e indefensión ante algo que no pueden controlar, y más aún si los síntomas se vuelven persistentes y el paciente presiente que esta situación supera sus propios recursos de afrontamiento⁹⁶.

⁹⁴ KASS, L., «Eutanasia y autonomía de la persona», 26.

⁹⁵ Cfr. REQUENA, P., *¡Doctor no haga todo lo posible!*, 23-47.

⁹⁶ ASTUDILLO, W. y RODRIGO FERNÁNDEZ, R., «El apoyo psicosocial y existencial en el final de la vida», en PRESNO LINERA, M. A., *Autonomía personal, cuidados paliativos y derecho a la vida*, Asturias: Institución de la Procuradora General del Principado de Asturias, 2011, 277.

Sencillamente, un enfermo grave se encuentra en un estado físico y psicológico completamente alterado, causante de un tipo de sentimientos y emociones que nunca antes había tenido. En este tipo de situaciones limitantes la autonomía del paciente toca tierra, y no hay más remedio que hacerla bajar de ese estado hiperracionalista⁹⁷ en el que algunos la ubican y mantienen.

Precisamente, estar enfermo consiste en no poder desarrollar la vida personal autónomamente según uno acostumbra a hacer. Enfermar es estar limitado por una circunstancia que impide vivir adecuadamente. Y resulta normal que las personas enfermas pasen de ser autónomos a ser dependientes, recorriendo una nueva fase del vivir humano en el que se reducen las posibilidades de elección, situación asumida con serenidad por muchas personas enfermas.

Los enfermos en fase finales se encuentran mal. No saben lo que les pasa, ni lo que les va a pasar, y por ese motivo tampoco saben qué decisiones hay que tomar⁹⁸. Un tercio de los pacientes desconocen qué enfermedad padecen, y la mitad no logran conocer bien el objetivo del tratamiento que reciben. Morimos sin saber que morimos. Incluso algunos no saben ni las preguntas que tienen que formular al médico sobre su estado o les resulta difícil expresar lo que sienten porque o no saben o no desean exponer su psicología más profunda. Por tanto, es poco creíble y difícil que en ese estado puedan decidir libremente de acuerdo con un plan elegido por ellos mismos, sobre todo sintiendo la presión psicológica que produce una enfermedad que les puede conducir a la muerte en poco tiempo. Y estos pacientes, por más que lo deseen, ya no podrán seguir siendo dueños de sí mismos y de sus decisiones porque están sufriendo, y algunos muriéndose. Por su estado de dependencia creciente, resulta poco sensato entronizarles como amos y señores de su muerte. Ahora, más bien, necesitan de otros, del equipo médico y familiares, que harán lo posible para acompañarle hasta el final de su vida cuidándole del modo más eficaz y digno.

En general, ni el enfermo ni su familia saben de medicina. De tal modo que, si se adoptara un respeto irracional a su autonomía, podríamos condenarles a elecciones desacertadas, e incluso irreversibles⁹⁹. Convertir esa condicionada autodeterminación del paciente en una decisión clínica resultaría in-

⁹⁷ Cfr. SCHNEIDER, C. E., *The practice of autonomy: patients, doctor, and medical decisions*, Oxford: Oxford University Press, 998, ix.

⁹⁸ Cfr. GARCÍA-SÁNCHEZ, E., «El rescate humano del enfermo que se muere», *Cuad. Bioét.* 77, XXIII (2012/1ª) 135-149.

⁹⁹ REQUENA, P., *¡Doctor no haga todo lo posible!*, 130.

coherente para una ciencia empírica como la medicina. Es decir, con la muerte asomándose, sería injusto y falto de humanidad abandonarlos a su destino fatal para que libremente asuman determinadas elecciones en un estado en el que realmente no sabrían qué es lo mejor para elegir. Como sostiene Antonio Pardo, no es infrecuente encontrarse pacientes que prefieren no elegir cuando se les presenta un menú variado de alternativas terapéuticas. Y esta indecisión no puede considerarse «una imposición del criterio del médico»¹⁰⁰ o una falta de respeto.

Habitualmente, las personas que ingresan graves en un hospital no vienen con un programa de tratamientos terapéuticos ya fijados y pensados, o con decisiones ya maduradas plenamente. No cabe duda de que el paciente sí que puede mostrarse a favor o no de aceptar o rechazar algunos tratamientos que le propongan, pero llamar a esto autonomía con toda la profundidad de su significado como dice Gómez Lobo resulta «un tanto exagerado»¹⁰¹. Encuestas realizadas a enfermos en EE.UU. y en otros países demuestran que un buen número de pacientes están poco o nada interesados en tomar las riendas de su tratamiento, porque en la mayoría de los casos no se encuentran en condiciones de tener una opinión certera sobre algo de lo que no saben casi nada o incluso no entienden¹⁰². Más aún, el número de pacientes que llegan al hospital con el testamento vital o el documento de voluntades anticipadas sigue siendo extremadamente bajo¹⁰³ a pesar de la publicidad de estos últimos años. Al menos en España, todavía sigue habiendo un gran desconocimiento sobre estos documentos, incluso entre los propios profesionales médicos¹⁰⁴. La explicación es sencilla y de sentido común: nadie quiere pensar en que se va a morir y nadie quiere ponerse en el lugar de morir, motivos por lo que no lo hacen. De hecho, ante la pregunta general ¿en qué año de su vida le gustaría morir?, la mayoría contestan que cuanto más tarde mejor.

Por tanto, sería inadecuado –por falta de realismo– querer extrapolar lo que uno piensa sobre su muerte bajo condiciones normales a la situación en la que le han diagnosticado un cáncer terminal incurable con un pronóstico

¹⁰⁰ PARDO, A., «Más allá de la autonomía», 46.

¹⁰¹ GÓMEZ-LOBO, A., *Los bienes humanos*, 133.

¹⁰² Cfr. PARDO, A., *Cuestiones Básicas de Bioética*, 32.

¹⁰³ Cfr. ARIMANY-MANSO, J. Y OTROS, «El testamento vital o documento de voluntades anticipadas. Consideraciones médico-legales y análisis de la situación de implantación en España», *Revista Española de Medicina Legal* 43, q. 1, Enero-Marzo (2017) 35-40.

¹⁰⁴ ID.

de vida inferior a un año. Resulta mucho más fácil hablar de la muerte con comodidad y desafiarla cuando uno está sano y lejos, que cuando la tiene a las puertas. Por este motivo, son del todo comprensibles los cambios de opinión sobre las decisiones fijadas en testamentos vitales, porque lo que uno ha afirmado cuando veía la muerte desde la barrera con arrogancia y lejanía, no tiene nada que ver con lo que uno siente cuando de modo real se enfrenta a la muerte próxima. En este sentido, muchos de los sondeos sobre la legalización de la eutanasia están sesgados por la sencilla razón de que solo se recoge la opinión de sanos y no de enfermos en fase terminal y hospitalizados¹⁰⁵. De tal modo que, lo que se pretende, es legislar no para una mayoría de pacientes que no solicitan la eutanasia, sino para los sanos, «para apaciguar su sufrimiento lejano y potencial o para unos excepcionales casos»¹⁰⁶. Porque una y otra vez lo que reclaman los verdaderos protagonistas del final de la vida es la promesa de que alivien sus sufrimientos y les cuiden con humanidad hasta el último día.

Querer defender la autonomía de quien no es en absoluto autónomo es una utopía, y respaldar la independencia de los estrictamente dependientes un sofisma. Porque en este contexto de enfermedades graves y con tantos condicionantes, los pacientes ya no pueden asumir ellos solos la totalidad de sus decisiones. Como se observa en recientes documentos europeos y en la Propuesta de ley española, se tiende a invocar tenazmente a la autonomía en los actos menos autónomos de todos, o en las personas que tienen la autonomía más disminuida y que requieren, en consecuencia, mayor protección¹⁰⁷. Si de hecho unos de los requisitos legales para practicar la eutanasia es la presencia de sufrimientos físicos y psíquicos insoportables, algunos médicos se preguntan: ¿cómo sería posible reconocer en esa situación en la que el paciente se encuentra la suficiente capacidad y competencia para poder expresarse? Justo en el momento en el que está siendo presa de un gran sufrimiento que le tiraniza, resulta paradójico que pueda tomar una decisión autónoma de ese calibre como es la petición de la muerte¹⁰⁸. No sería más que una autonomía ilusoria e irreal por mucho que la supervaloren. Boer conoce de cerca y recuerda bien los abusos producidos en Holanda al ejecutar eutanasias sobre pacientes in-

¹⁰⁵ Cfr. *12 raisons de dire non à l'euthanasie*: <http://laviepaslamort.fr> [consultado 1-XI-2018].

¹⁰⁶ Comunicado de AEBI sobre la Eutanasia.

¹⁰⁷ Cfr. SERRANO, J. M., «Sobre la injusticia de la eutanasia. El uso de la compasión como máscara moral. Referencia a nuevos documentos bioéticos europeos», 169.

¹⁰⁸ Cfr. MONTERO, E., *Cita con la muerte*, 75.

competentes para tomar una decisión, por ejemplo, «por el nivel de demencia»¹⁰⁹. La autonomía queda pervertida al permitir que, pacientes con depresión clínica diagnosticada y, por tanto, con deterioro objetivo de su capacidad de juicio, soliciten la asistencia al suicidio asistido o la eutanasia¹¹⁰.

5. LA COACCIÓN PSICOLÓGICA Y SOCIAL SOBRE ANCIANOS Y ENFERMOS EN UN CONTEXTO EUTANÁSICO

Un ambiente social y una presión legislativa pro-eutanasia no contribuye a fomentar lo que más se desea exaltar, es decir la autodeterminación y la libre voluntad de todos los pacientes. Al contrario, bajo esa presión creciente se debilitaría gravemente su autonomía, porque el paciente enfermo, ante esa impaciencia mortífera, se vería como una carga social y familiar, sintiéndose culpable de causar sufrimiento a los que le rodean si no eligiera la opción legal de la eutanasia. Es decir, como sostiene Dworkin: «una vez que tengo la opción de decidir algo, el hecho de no hacerlo puede volverse contra mí, ya que puedo ser responsabilizado de las consecuencias de no haber tomado la decisión adecuada (...). Y con la responsabilidad aparece también la presión, social y legal, de tomar decisiones responsables»¹¹¹.

No pocos ancianos, enfermos graves, minusválidos se verían inclinados fácilmente a solicitar o al menos plantearse la eutanasia o el suicidio asistido más por presión sociofamiliar que por un deseo expreso de querer morir¹¹². Como subraya Ballesteros, es innegable que la despenalización de la eutanasia «implicaría, de suyo, una fuerte presión psicológica sobre los enfermos más vulnerables, que se sentirían obligados a pedirla para ellos, para no seguir causando molestias»¹¹³. De tal modo que, a parte de la carga que ya supone no poder hacer nada por evitar la vejez, tales enfermos se verían en la situación de tener que justificar –ante el médico– el por qué no quieren ejercer ese nuevo ámbito de libertad –la eutanasia– aprobado para toda la sociedad. La libre opción de pedir la muerte pasaría a convertirse en un deber moral de todo ciu-

¹⁰⁹ BOER, T. A., «Euthanasia, Ethics and Theology: A Dutch Perspective», 207.

¹¹⁰ ORTEGA, I. y VEGA, J., «La pendiente resbaladiza en las legislaciones del suicidio asistido y de la eutanasia», 227.

¹¹¹ DWORKIN, G., «Is more Choice Better than Less?», *Midwest Studies In Philosophy* 7 (1982) 50.

¹¹² Cfr. MONTERO, E., *Cita con la muerte*, 184-185.

¹¹³ BALLESTEROS, J., «Comparecencia en la Comisión Especial de Estudio sobre la Eutanasia en el Senado», *Diario de Sesiones del Senado*, 29 de septiembre de 1999, VI Legislatura, Comisiones, núm. 481, 10.

dadano cuando este alcanzara niveles de dependencia o minusvalía elevados o se le diagnosticara una enfermedad incurable¹¹⁴. Se entiende que un porcentaje elevado de pacientes que solicitaron el suicidio asistido o la eutanasia en los países donde están legalizados manifestaran que el motivo principal era sentirse una carga para sus familias seguido de la falta de independencia y autonomía¹¹⁵. En Holanda, durante más de tres décadas, los medios de comunicación han llevado a cabo una publicidad tendenciosa a favor de la eutanasia, describiéndola «como un acto valeroso, sabio y progresista, lo mejor que se puede hacer por la familia, por la sociedad y por uno mismo»¹¹⁶. Representa una propaganda sin espacio para la otra opción, la de acompañar al enfermo hasta el final tratándolo con cuidados paliativos.

Por otra parte, la afirmación del carácter autónomo del enfermo y la insistencia volcada sobre él para que elija en libertad, ¿no podría percibirse como un modo de que los demás –familia, médicos, sociedad– se declarasen ajenos a la trágica decisión y, por tanto, exonerados de toda responsabilidad respecto del enfermo? Como bien explica Montero en su estudio, existe realmente el peligro de que el paciente, lejos de sentirse plenamente libre y autónomo en sus decisiones, sea paulatinamente fragilizado, inclinándose a ceder ante la presión ejercida por su entorno. Aumenta el apuro de sentirse culpable por gravar financieramente a la sociedad al obstinarse en vivir y negarse a hacer valer su derecho a la eutanasia. Por último, existe el riesgo que ese derecho sea percibido, en muchos casos, como un cruel deber, puesto que, además, el paciente no podrá contar ya con el amparo de la ley para protegerse¹¹⁷.

Lo que oculta la doctrina eutanásica al consagrar la autonomía en un derecho es una ideología individualista, una ficción ultraliberal para que cada uno decida su propia suerte sin que los demás tengan que implicarse. Según Montero, «aquí es donde se encierra el verdadero núcleo del problema, y no tanto en la manida compasión hacia el que sufre. Porque si logramos que el enfermo autónomamente se decida, nos liberamos de él porque él mismo ha

¹¹⁴ MARTÍNEZ OTERO, J. M., «La hipertrofia del principio de autonomía en el debate bioético», 336.

¹¹⁵ EMANUEL, E., «Euthanasia and physician-assisted suicide: focus on the data», *MJA* 206 (8)1 May (2017) 1-3; cfr. <https://www.bioedge.org/bioethics/oregon-and-belgium-release-stats-on-assisted-dying/12981> [consultado 23-III-2019].

¹¹⁶ ORTEGA, I. y VEGA, J., «La pendiente resbaladiza en las legislaciones del suicidio asistido y de la eutanasia», 228.

¹¹⁷ Cfr. MONTERO, E., *Cita con la muerte*, 177-180.

querido, y así ya no tendríamos que cuidarle»¹¹⁸. El reconocimiento de la autonomía como marco de toda la legislación eutanásica perjudicaría a los discapacitados, ancianos y enfermos que quieran seguir viviendo, a pesar de todo, y que lo que reclaman son cuidados paliativos. Como describe Martínez Otero en su trabajo, «beneficiaría a los familiares y profesionales sanitarios, jóvenes y sanos, que preferirían atender otras obligaciones antes que cuidar de un enfermo en su familia. Contribuiría a aliviar los gastos sanitarios en los presupuestos generales del Estado. Y como resultado final, obtendríamos una autonomía prometedora de poder a los poderosos, dejando en situación de desamparo al más débil y enfermo»¹¹⁹.

Abrir la puerta a la eutanasia, tal y como amenazan diversas fuerzas políticas en España, convertiría a los enfermos en fase terminal en los únicos responsables de su situación. Pero como aclaran Gaylin y Jennings, esta asignada e injusta responsabilidad pervertiría la autonomía al dar paso a la coerción, al tiempo que «impondrá a los enfermos la permanente duda de si aceptar la eutanasia y el suicidio en lugar de vivir con una enfermedad terminal, no será la mejor manera de ayudar a su familia, no malgastar el dinero, y dejar de ser una carga para los demás»¹²⁰. No se puede evitar pensar en la instauración de una tiranía camuflada de autonomía y libertad: *te doy autonomía y no interfiero en tu decisión, pero te la doy para que luego debidamente presionado me pidas la eutanasia y dejes de causar molestias*¹²¹. Apunta Spaemann que se le haría ver al viejo, al enfermo, al necesitado de cuidados que, si no se echa a un lado con la eutanasia o el suicidio asistido legalizado, otros tendrán que pagar su egoísmo y su cobardía, asumiendo su irresponsabilidad¹²². Al descubierto quedaría una profunda actitud anticompativa, que le dice tácitamente al enfermo y anciano: «por favor, ahí tienes la salida»¹²³.

Declara con agudeza Marta Albert que «convertir la propia muerte en un derecho no significa dar más libertad a los ciudadanos. Significa dejarles más solos aún¹²⁴, en condiciones de vulnerabilidad extrema. Legalizar la eutanasia

¹¹⁸ ID.

¹¹⁹ MARTÍNEZ OTERO, J. M., «La hipertrofia del principio de autonomía en el debate bioético», 337.

¹²⁰ GAYLIN, W. y JENNINGS, B., *The perversion of autonomy*, Washington D.C.: Georgetown University Press, 2003, 216.

¹²¹ Cursiva es propia.

¹²² Cfr. SPAEMANN, R., *Límites. Acerca de las dimensiones éticas del actuar*, 412-413.

¹²³ *Ibid.*, 414.

¹²⁴ Cfr. ALBERT, M., «Por una ley de cuidados paliativos», *Revista Mundo Cristiano* enero (2019) 17.

es decir a nuestros ancianos y a nuestros enfermos: “podrías elegir morir, no te obligamos, que conste, pero has de saber que, si lo deseas, podrías exigirnos tu muerte”. Y añade: ¿Qué presión no sentirán aquellos que, pudiendo dejar de ser “una carga”, prefieran seguir con vida? El derecho legal a morir se convertiría en deber social de morir. ¿Por qué no les decimos, en cambio: “tu vida es valiosa para nosotros, estamos aquí y vamos a cuidar de ti?” Eso es lo que les diría una ley de cuidados paliativos. ¿Qué mensaje queremos oír cada uno de nosotros, el día de mañana?»¹²⁵.

A la vista de esta coacción se explica el incremento de pacientes que se sienten desprotegidos en países donde se ha despenalizado la eutanasia y el suicidio asistido. Aumentan los ancianos que se niegan a ser internados en hospitales holandeses, porque se sienten amenazados. De hecho, hospitales alemanes próximos a la frontera acogen a holandeses ancianos, que, por miedo, no van al médico en su país y aprovechan que la pertenencia a la Unión Europea le otorga el derecho a la atención médica por la Seguridad Social en cualquier país de la unión. En esos hospitales albergan la esperanza de que respeten de verdad su autonomía y su derecho a seguir con vida sin sentirse presionados, y a la vez seguros de que no les practiquen la eutanasia¹²⁶.

6. CONCLUSIÓN

Resulta altamente deseable que las personas enfermas próximas a morir puedan participar en el proceso final de su vida. Asimismo, los profesionales de la salud y sus familias les acompañarán prestándoles unos cuidados de calidad. Pero esos enfermos, por encontrarse en un estado limitante y dependiente, ni su situación, ni sus mensajes y deseos podrán ser adecuadamente comprendidos desde el reduccionismo de una autonomía perfecta y una libertad absoluta. Nunca antes como ahora, esas personas habrían necesitado tanta ayuda, compañía y consuelo para paliar su sufrimiento. Por tanto, humanizar el proceso de morir no puede identificarse con una actitud sanitaria que aisle al paciente de interferencias para que, sin condicionamientos de ningún tipo,

¹²⁵ ALBERT, M., <http://isanidad.com/112485/jaime-mayor-oreja-la-eutanasia-es-siempre-la-mejor-manera-de-destruir-personas/> [consultado 22-XII-2018].

¹²⁶ Cfr. PARDO, A., *Cuestiones Básicas de Bioética*, 99. También se pueden encontrar referencias a esta huida a otros hospitales fuera de Holanda en LEIVA, R., «Death, suffering, and eutanasia», *Canadian Family Physician* 56, june (2010) 528; MANNIX, K., *Cuando el final se acerca. Cómo afrontar la muerte con sabiduría*, Madrid: Siruela, 2018, 27-62.

expresare libremente qué quiere. Tampoco humanizar el final de la vida consiste en promover en torno al paciente un ambiente de mayor autodeterminación pero a la vez de mayor presión social, médica y familiar para precipitar aceleradamente su decisión de morir¹²⁷. Humanizar es lo opuesto a abandonar piadosamente a un enfermo al destino elegido por su soberana voluntad, paradójicamente en el momento de mayor decadencia de su vida.

Más bien, humanizar y hacer digno el proceso de morir consiste en ofrecer unos cuidados paliativos eficaces que alcancen al mayor número de enfermos posibles. Humanizar es aliviar el dolor sin prolongar inútilmente los sufrimientos, acompañando al enfermo para que no muera solo, proporcionándole a él y a su familia todas las atenciones médicas, psicológicas y espirituales que necesiten.

En definitiva, el mejor remedio para el hombre enfermo moribundo es otro hombre –muchas veces un médico– que, rechazando el poder de suplantarse la voluntad del enfermo, asuma el compromiso milenarista de seguir siendo el «protector y curador de la vida frágil»¹²⁸ a la que atenderá hasta el último momento.

¹²⁷ Cfr. BÁTIZ, J., *Cuidar a las personas en el proceso de morir*, Madrid: Fundación San Juan de Dios, 2019, 45.

¹²⁸ HERRANZ, G., «El respeto a la debilidad», en *Desde el corazón de la medicina. Homenaje a Gonzalo Herranz*, Madrid: Organización Médico Colegial de España, junio 2013, 299.

Bibliografía

- ACADEMIA PONTIFICIA PARA LA VIDA, *Respetar la dignidad del moribundo*, Ciudad del Vaticano, 9 de diciembre de 2000.
- ALBERT, M., «El papel de la administración en la determinación del contenido del derecho a la objeción de conciencia de los profesionales sanitarios en el contexto de “nuevos derechos”: los casos del aborto y la eutanasia», *Estudios de Deusto* 66 (2018) 153-189.
- ANDORNO, R., *Bioética y dignidad de la persona*, 2ª ed., Madrid: Tecnos, 2012.
- APARISI, A., «El principio de la dignidad humana como fundamento de un bio-derecho global», *Cuadernos de Bioética* 24 (2013) 201-228.
- ARIMANY-MANSO, J. Y OTROS, «El testamento vital o documento de voluntades anticipadas. Consideraciones médico-legales y análisis de la situación de implantación en España», *Revista Española de Medicina Legal* 43 (2017) 35-40.
- ASTUDILLO, W., MENDINUETA, C. y ASTUDILLO, E., *Medicina paliativa: cuidados del enfermo en el final de la vida y atención a su familia*, 6ª ed., Pamplona: Eunsa, 2018.
- ASTUDILLO, W. y RODRIGO FERNÁNDEZ, R., «El apoyo psicosocial y existencial en el final de la vida», en PRESNO LINERA, M.-A., *Autonomía personal, cuidados paliativos y derecho a la vida*, Asturias: Institución de la Procuradora General del Principado de Asturias, (2011) 271-305.
- BALLESTEROS, J., «Comparecencia en la Comisión Especial de Estudio sobre la Eutanasia en el Senado», *Diario de Sesiones del Senado*, 29 de septiembre de 1999, VI Legislatura, Comisiones, núm. 481, 10.
- BÁTIZ, J., *Cuidar a las personas en el proceso de morir*, Madrid: Fundación San Juan de Dios, 2019.
- BEAUCHAMP, T. y CHILDRESS, J., *Principles of Biomedical Ethics*, 7ª ed., New York: Oxford University Press, 2013.
- BOER, T. A., «Euthanasia, Ethics and Theology: A Dutch Perspective», *Review of Ecumenical Studies Sibiu* 6 (2014) 197-214.
- CENTENO, C. Y OTROS, *Manual de medicina paliativa*, Pamplona: Eunsa, 2009.
- COHEN-ALMAGOR, R., «First do no harm: intentionally shortening lives of patients without their explicit request in Belgium», *Journal of Medical Ethics* 41,8 (2015) 625-629.
- CONSEJO DE EUROPA, *Guía para el proceso de toma de decisiones relativas al tratamiento médico en situaciones del final de la vida*, noviembre 2014, 5-31.

- DE LIMA, L. Y OTROS, «International Association for Hospice and Palliative Care Position Statement: Euthanasia and Physician-Assisted Suicide», *Journal of Palliative Medicine* 20 (1) (2017) 8-14.
- DOMINGO MORATALLA, A., *El arte de cuidar*, Madrid: Rialp, 2013.
- DU BOULAY, S., *Cicely Saunders*, Madrid: Palabra, 2011.
- DWORKIN, G., «Is more Choice Better than Less?», *Midwest Studies In Philosophy* 7 (1982) 47-71.
- EMANUEL, E., «Euthanasia and physician-assisted suicide: focus on the data», *MJA* 206,8 (2017) 1-3.
- EMANUEL, E. Y OTROS, «Attitudes and Practices of Euthanasia and Physician-Assisted Suicide in the United States, Canada, and Europe», *JAMA* 316,1 (2016) 79-90.
- FRANCISCO I, *Carta del Santo Padre Francisco al Presidente de la Pontificia Academia para la Vida con ocasión del XXV Aniversario de su institución*, Vaticano: Libreria Editrice Vaticana, 6 de enero de 2019, n° 8.
- GARCÍA-SÁNCHEZ, E., «El rescate humano del enfermo que se muere», *Cuadernos de Bioética* 23 (2012) 135-149.
- GARCÍA-SÁNCHEZ, E., *Despertar la compasión. El cuidado ético de enfermos graves*, Pamplona: Eunsa, 2017.
- GAYLIN, W. y JENNINGS, B., *The perversion of autonomy*, Washington D.C.: Georgetown University Press, 2003.
- GERMAN, R., *El final de la vida. Sobre eutanasia, ensañamiento terapéutico y cuidados paliativos*, Madrid: Palabra, 2018.
- GLENDON, M. A., «La soportable levedad de la dignidad», *Persona y Derecho* 67, 2 (2012) 253-262.
- GÓMEZ-LOBO, A., *Los bienes humanos. Ética de la ley natural*, Buenos Aires: Mediterráneo, 2006.
- GÓMEZ MONTORO, A. J., «Dignidad, autonomía y derechos humanos», *Rev. Nuestro Tiempo* (2017) 105-111.
- GONZÁLEZ, A. M., *Naturaleza y dignidad. Un estudio desde Robert Spaemann*, Pamplona: Eunsa, 1996.
- GORDILLO, L., «¿La autonomía, fundamento de la dignidad humana?», *Cuadernos de Bioética* 19 (2008) 237-253.
- HABERMAS, J., *El futuro de la naturaleza humana ¿Hacia una eugenesia liberal?», Barcelona: Paidós, 2001.*

- HASTINGS CENTER, «The goals of medicine. Setting new priorities», *Hastings Center Report* (1996) Nov-Dec; 26 (6, Suppl.) S1-S27.
- HENDIN, H., *Seducidos por la muerte. Médicos, pacientes y suicidio asistido*, Madrid: Planeta, 2009.
- HERRANZ, G., «Tratamiento del dolor y ética médica», en *Desde el corazón de la medicina. Homenaje a Gonzalo Herranz*, Madrid: Organización Médico Colegial de España, junio 2013, 337-338.
- HERRANZ, G., «La eutanasia, un poder incontrolable sobre la muerte», en MOLINA, E. y PARDO, J. M. (eds.), *Sociedad contemporánea y cultura de la vida. Presente y futuro de la bioética*, Pamplona: Eunsa, 2006, 203-211.
- JONAS, H., *El principio de responsabilidad. Ensayo de una ética para la civilización tecnológica*, Barcelona: Herder, 1995.
- KASS, L., «Eutanasia y autonomía de la persona», *Cuadernos de Bioética* 4 (1990) 24-29.
- KASS, L., «Death with dignity», *Human Life Review* 16 (1990) n. 2, 33-43.
- KEOWN, J., *Euthanasia, ethics and public policy, an argument against legalization*, 2ª ed., Cambridge: Cambridge University Press, 2018.
- KEOWN, J., «Euthanasia in the Netherlands: sliding down the slippery slope?», en KEOWN, J. (ed.), *Euthanasia examined—Ethical, Clinical and Legal Perspectives*, New York: Cambridge University Press, 1995, 261-263.
- LEIVA, R., «Death, suffering, and eutanasia», *Canadian Family Physician* 56 (2010) 528-530.
- LEÓN, F. J., *Bioética desde los bienes humanos básicos. Homenaje a Alfonso Gómez-Lobo*, Santiago de Chile: Fundación Interamericana Ciencia y Vida, 2015.
- LEVINAS, E., *Ética e infinito*, Madrid: Visor, 1991, 53.
- MACINTYRE, A., *Animales racionales y dependientes*, Barcelona: Paidós, 2001.
- MANNIX, K., *Cuando el final se acerca. Cómo afrontar la muerte con sabiduría*, Madrid: Siruela, 2018.
- MARCOS, A. y PÉREZ MARCOS, M., *Meditación de la naturaleza humana*, Madrid: BAC, 2018.
- MARTÍNEZ OTERO, J. M., «La hipertrofia del principio de autonomía en el debate bioético», *Cuadernos de Bioética* 28 (2017) 329-340.
- MATERSTVEDT, L. J. y MAGELSEN, M., «Medical murder in Belgium and the Netherlands», *Journal of Medical Ethics* 42,9 (2016) 621-624.
- MONTERO, E., *Cita con la muerte. 10 años de eutanasia legal en Bélgica*, Madrid: Rialp, 2013.

- MONTERO, E., «¿Hacia una legalización de la eutanasia voluntaria? Reflexiones acerca de la tesis de la autonomía», *Revista La Ley* (1999) 2, 1722-1729.
- NUSSBAUM, M. C., *El ocultamiento de lo humano. Repugnancia, vergüenza y ley*, Buenos Aires: Katz Ediciones (Conocimiento), 2006.
- ORTEGA, I., «La pendiente resbaladiza en la eutanasia», *Annales Theologici* 17 (2003) 77-124.
- 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.
- PARDO, A., *Cuestiones Básicas de Bioética*, Madrid: Rialp, 2010.
- PARDO, A., «Más allá de la autonomía», *Revista de Medicina de la Universidad de Navarra* 47 (2003) 45-48.
- Proposición de Ley Orgánica de regulación de la eutanasia 122/000239, 21 de mayo de 2018*, BOE Núm. 270-1.
- REQUENA, P., *¡Doctor no haga todo lo posible!*, *De la limitación a la prudencia terapéutica*, Granada: Comares, 2017.
- RITCHER, J. P., *Alba del nihilismo*, Madrid: Istmo, Edición de Adriano Fabris, 2005.
- RODRÍGUEZ LÓPEZ, P., *La autonomía del paciente*, Madrid: Dilex, 2004.
- SAN JUAN PABLO II, Encíclica *Evangelium Vitae*, 1995.
- SCHNEIDER, C. E., *The practice of autonomy: patients, doctor, and medical decisions*, Oxford: Oxford University Press, 1998.
- SERRANO, J. M., «Sobre la injusticia de la eutanasia. El uso de la compasión como máscara moral. referencia a nuevos documentos bioéticos europeos», *Persona y bioética* 17, 2 (2013) 168-186.
- SERRANO, J. M., «Política de estado ante el final de la vida. La transformación de la deontología médica», *Cuadernos de Bioética* 23 (2012) 125-134.
- SGRECCIA, E., *Manual de Bioética, Fundamentos y ética biomédica*, 4ª ed., Madrid: BAC, 2018.
- SPAEMANN, R., *Límites. Acerca de las dimensiones éticas del actuar*, Madrid: Ediciones Internacionales Universitarias, 2003.
- YUILL, K., *Assisted Suicide: the humanist, liberal case against legalisation*, United Kingdom: Palgrave Macmillan, 2013.

