



Biomedicina, envejecimiento y eutanasia: una combinación peligrosa

Biomedicine, Ageing and Euthanasia: A Dangerous Combination



Javier García Aguayo

Médico

jgarciaaguayo@telefonica.net





Resumen

El modelo biomédico hoy vigente, el creciente envejecimiento de nuestras sociedades occidentales y la eutanasia o suicidio medicamente asistido (como solución a los enfermos terminales con sufrimiento insoportable y en virtud de la autonomía del paciente) son los tres lados de un triángulo que es objeto de nuestra preocupación. Proponemos en su lugar una medicina que contemple al enfermo en todas sus dimensiones (modelo biopsicosocial) y que ponga el énfasis en la adecuación del esfuerzo terapéutico, la atención sociosanitaria y la medicina paliativa como alternativas a la eutanasia. En todo caso, hubiera sido necesario un verdadero debate público (que se ha hurtado en el caso español) en orden a conseguir el debido consenso social y profesional, antes que el apresuramiento del poder político de turno, que ha dado lugar a la ley recientemente aprobada.

Abstract

The contemporary biomedicine model, the increasing population ageing of our western societies, and euthanasia or medically assisted suicide (as a solution for terminally ill patients with unbearable suffering and as a result of patient autonomy) are the three sides of the triangle that is the object of our concern. Instead, we propose a medicine that considers the patient in all dimensions (biopsychosocial model) and that emphasizes the need for adequate therapeutic effort, socio-health care and palliative medicine as alternatives to euthanasia. In any case, a true public debate would have been necessary (missing in the case of Spain) in order to achieve true social and professional consensus, rather than the rush displayed by the political party in power at the time that has led to the recently approved law.

Key words

Biomedicina; envejecimiento; eutanasia; suicidio asistido; adecuación del esfuerzo terapéutico; medicina paliativa; servicios sociosanitarios; pendiente resbaladiza.

Biomedicine; ageing; euthanasia; assisted suicide; making therapeutic effort fit for purpose; palliative medicine; socio-health care services; slippery slope.

Fechas

Recibido: 11/02/2024. Aceptado: 10/06/2025



1. Introducción

G. K. Chesterton (2013, p. 37) afirmaba en 1908: "el mundo moderno está repleto de antiguas virtudes cristianas desquiciadas, que se han desquiciado porque se han separado de las demás y ahora vagan solas". La civilización cristiana era un todo, un sistema jerárquico de valores ligados entre sí. La secularización de nuestro mundo ha roto con este supuesto y cada cual defiende unos principios, sus principios, en detrimento de los otros. En bioética, por ejemplo, el principio de autonomía del individuo se ha hipertrofiado de tal modo que los otros tres (no maleficencia, beneficencia y justicia) han quedado dañados. Así ocurrió con el conquistado "derecho al aborto", que permite a la mujer disponer de su cuerpo y hacer su voluntad autónoma en detrimento del no nacido. En nuestra cultura parece que el deseo quiere hacerse ley, y podemos terminar haciendo las leyes en función exclusivamente de nuestros deseos. Mi cuerpo es mío y mi vida es mía.

La reciente aprobación de la ley de eutanasia o suicidio asistido en nuestro país ha vuelto a marcar, desgraciadamente, un nuevo hito en esta huida hacia delante del hombre contemporáneo. Nada le ha importado al legislador el dictamen en contra y por unanimidad del Comité de Bioética de España (CBE, 2020), arrogándose en exclusiva la representación y defensa del interés general, con la justificación de acabar con el sufrimiento inevitable e innecesario de los enfermos desahuciados o terminales. No importa que nuestro país esté a la cola de Europa en la aplicación de los cuidados paliativos, y de que no exista todavía una especialidad médica oficialmente reconocida con tal nombre. En cualquier caso, los avances médicos están para eso, para prolongar la vida cuanto queramos y para acabar con ella cuando nos cansemos. El moderno Prometeo cumple al fin su viejo sueño fáustico de ser él mismo el dueño de la vida y de la muerte, sin tener que dar cuenta a sus allegados, a la sociedad y, por supuesto, a una instancia suprema como en otros tiempos era Dios.

La reciente aprobación de la ley de eutanasia o suicidio asistido en nuestro país ha vuelto a marcar, desgraciadamente, un nuevo hito en esta huida hacia delante del hombre contemporáneo

2. Modelo biomédico

Se denomina así a una visión de la salud y la enfermedad reducida a datos biológicos, meramente somáticos, sin considerar que el arte de la medicina esta informado por la ciencia natural, sí, pero también por la sociología y la psicología y, por supuesto, por la ética y la espiritualidad. La relación médico-enfermo, auténtico núcleo y piedra angular de la profesión, quedaría relegada a un segundo plano. La actual medicina consistiría en un gran negocio (mercantilización) que solventaría todos los problemas de la vida (medicalización), asumiendo como verdad absoluta que los avances tecnocientíficos no tienen límites en su portentosa capacidad resolutiva (tecnolatría). No vamos a insistir en este punto que ya abordamos (García Aguayo, 2021) y que recientemente, con mucha mayor amplitud, se ha tratado (Sitges Serra, 2020).



Citaremos otras tres aportaciones. La primera, un editorial de una prestigiosa publicación europea (*European Journal of Clinical Investigation*, 2019) con el título “Es hora de abandonar la detección precoz del cáncer”, por costosa e ineficiente. Y causante de cancerofobia en la población, añadimos nosotros. También es un hecho muy grave que se ha puesto sobre la mesa (Peiró y Bernal-Delgado, 2006) que los médicos españoles estamos sobreutilizando la alta tecnología en detrimento de procedimientos habituales, más sencillos, de menor coste y mayor beneficio para la población en su conjunto, que resulta perjudicada

Los médicos españoles estamos sobreutilizando la alta tecnología en detrimento de procedimientos habituales, más sencillos, de menor coste y mayor beneficio para la población en su conjunto, que resulta perjudicada

de estrategias y objetivos de cambio y mejora de un sistema de salud como el nuestro, cada vez más amenazado. Todo en aras de mantener la calidad asistencial y la cohesión del SNS (Sistema Nacional de Salud).

3. Envejecimiento

Es un hecho, de suma importancia para el futuro más inmediato, el progresivo envejecimiento de nuestra sociedad. El llamado por algunos “suicidio demográfico” se está convirtiendo, sin que nuestros políticos quieran tomar nota, en un grave problema que amenaza la continuidad de nuestra civilización occidental. No vamos a insistir en este tema tan amplio, solo en sus repercusiones en el SNS.

Nos dejaremos llevar de la mano del prestigioso bioeticista Daniel Callahan, recientemente fallecido, católico norteamericano de origen irlandés cuyos análisis son de un rigor y una finura intelectual difícilmente superables. Su libro (Callahan, 2004) *Poner límites, los límites de la medicina en una sociedad que envejece*, publicado en 1985 y reeditado en 1987, dio lugar a una viva y fecunda polémica, no exenta de severas críticas como la de algunos que tildaron su propuesta de verdadera “eutanasia social”. Una polémica que aún perdura. Comentaremos aquí, por su especial interés, los dos epílogos a su obra, el de la segunda edición y el de la edición española de 2004, donde reflexiona con su habitual honestidad sobre todos los extremos de la controversia por él levantada. La tesis del libro es el establecimiento de un límite de edad (en torno a los ochenta años) a los derechos de los mayores de recibir todo tipo de asistencia médica, dado que los recursos siempre serán limitados y el envejecimiento de las sociedades desa-



rrolladas progresivo, agravado por una natalidad claramente a la baja. Tuvo la valentía de hacer esta propuesta en plena campaña contra la discriminación por edad (*ageism*), que preconizaba la idea de que la vejez con la ayuda de la ciencia podría llegar a ser un mero accidente biológico sorteable en la vida del individuo.

Callahan, en el polo opuesto, planteaba que el envejecimiento era una parte más de la vida, tan valiosa como las otras, que había que aceptar en todas sus facetas, poniendo sobre el tapete conceptos como “la duración natural de la vida”. Buscaba varios objetivos a la vez: a) garantizar a los mayores el acceso a la asistencia sanitaria universal; b) evitar las muertes prematuras; c) lograr un mejor equilibrio entre “cuidado” y “curación” superando el sesgo a favor de esta última, con especial atención a los cuidados de enfermería y la asistencia domiciliaria; d) utilizar la edad como norma categórica para reducir las tecnologías caras que alargan la vida de los mayores (cirugía mayor, diálisis y trasplantes), pero si, y solo si, los apartados previos estuvieran cubiertos.

Al final es un problema de justicia, pues se puede perjudicar a otros grupos de edad si queremos ofrecer todos los servicios a los muy mayores

No proponía, por supuesto, un cambio rápido, solo el inicio de una discusión a largo plazo. Frente a sus críticos, afirmaba que el asunto se puede contemplar desde una perspectiva meramente individual o desde otra social y política. Al final es un problema de justicia, pues se puede perjudicar a otros grupos de edad si queremos ofrecer todos los servicios a los muy mayores. Porque la primera tarea de una sociedad es lograr que los jóvenes tengan la posibilidad de alcanzar la vejez. Nuestro autor es perfectamente consciente de que su tesis choca con el individualismo marcado de nuestra época, que lleva a que ni la gente ni los políticos acometan de modo explícito aquellas cuestiones. Propone una investigación destinada a disminuir la morbilidad y la incapacidad, disuadiendo del desarrollo de tecnologías cuyo objetivo sea solo alargar la vida. No es difícil imaginar la postura de los llamados transhumanistas que quieren justamente lo contrario, aspirar a la casi-inmortalidad. A la luz de la historia, continúa diciendo, se ha demostrado que las personas y culturas que viven con algún tipo de límites autoimpuestos han sabido adaptarse mejor al envejecimiento y la muerte.

En 2004, Callahan reconoce que el tiempo, afortunadamente, no ha pasado en balde desde la publicación de su libro y que se conoce mejor “la dinámica de las sociedades envejecidas”, concluyendo que la longevidad como tal, a partir de los 65 años, no afecta al gasto sanitario en su conjunto. El quid de la cuestión no es tanto el envejecimiento como el tipo de sanidad ofrecido a este grupo etario. Reconoce que ha habido un cambio positivo, pasando del enfoque predominante en las enfermedades agudas al cuidado a largo plazo de las crónicas. Porque a partir de los ochenta años en general, suelen comenzar problemas como la demencia, las caídas frecuentes, osteoporosis, incontinencia, etc. Una cosa por otra: la reducción de los costes médicos se ha contrarrestado por el aumento de los sociosanitarios. El que escribe estas líneas no está seguro de que en nuestro país dicho cambio se haya producido en la suficiente medida. Es un hecho que la reciente Ley de la Dependencia está infrafinanciada y que los ancianos siguen muriéndose en demasiada proporción en nuestros hospitales, en lugar de en su domicilio o residencia geriátrica, por falta de un adecuado soporte sanitario en ambos casos.



La reciente pandemia del COVID-19 ha señalado asignaturas pendientes en nuestro SNS y nuestra sociedad. También ha sido, o debería ser, una cura de humildad. Cuando la medicina moderna creía controladas las enfermedades infectocontagiosas un virus gripe nos ha puesto contra las cuerdas. Muchos mayores han fallecido en residencias sin la suficiente atención sanitaria y otros lo han hecho a las puertas de la UCI (por lo menos en la primera ola) por falta de ventiladores mecánicos y de personal cualificado para utilizarlos. Obviamente y ante la necesidad imperiosa, los médicos han tenido que priorizar teniendo en cuenta parámetros fundamentales como la edad.

Quizá sea ahora el momento de dar un paso adelante por parte de la sociedad española y sus gobernantes para cambiar de actitud. Resultaría muy beneficioso trasvasar recursos de prestaciones de dudosa eficiencia, como los cribados del cáncer, a otras más necesarias como la atención sociosanitaria. ¿Será esto posible? Llevará su tiempo, pero es una decisión inaplazable.

4. Eutanasia

Estamos en una sociedad que utiliza la excusa del pluralismo, del respeto a cualquier decisión autónoma, para eliminar el debate serio sobre los problemas más graves, que han sido desterrados al reino de lo privado, enajenados de la plaza pública

De un lado el desafío de la insuficiente natalidad y el consiguiente envejecimiento demográfico, y de otro el enfoque meramente biológico de la enfermedad y la salud, nuestra sociedad se enfrenta a un doble problema; y “la solución” al mismo puede resultar fácil y tentadora para mentalidades simplistas, ingenuas, mal informadas o, sobre todo, fuertemente ideologizadas. Pues bien, a nuestro entender, la eutanasia o suicidio medicamente asistido es algo que va en esta línea de pensamiento y acción.

Abel Novoa (2020) recoge la postura contra la eutanasia de Daniel Callahan en su libro *The troubled dream of life: in search of a peaceful death*. Este autor afirma:

[...] probablemente no sorprenda esto en una sociedad más cómoda con la regulación legal que con el discurso filosófico o religioso, y más a gusto con el lenguaje moral centrado en la toma de decisiones que con la sabiduría de estas decisiones. Hablar de la muerte misma, y cómo debe encontrar un lugar en nuestra autoconcepto, es más difícil [...] estamos en una sociedad que utiliza la excusa del pluralismo, del respeto a cualquier decisión autónoma, para eliminar el debate serio sobre los problemas más graves, que han sido desterrados al reino de lo privado, enajenados de la plaza pública [...]. Todavía se teme a la muerte, tal vez más que nunca, ya que ahora se asocia con las enfermedades crónicas que causan una muerte lenta [...]. Así como el fatalismo y aceptación resignada del destino fueron desmantelados de la gestión médica de la muerte, también lo fueron todos sus rituales, hábitos y prácticas que eran capaces de dar significado cultural y religioso a la muerte; darle un lugar familiar y aceptable en la vida pública y privada [...]. Fácilmente pasamos del ¿qué debo elegir? [...] al ¿qué tengo derecho a elegir?, el activismo por este derecho puede convertirse en una forma más de evadir el pen-



samiento sobre la muerte [...] los ciudadanos empoderados pueden pensar que es posible entender la tecnología médica lo suficientemente bien como para saber cuándo y cómo, en el curso del morir, será posible determinar el momento justo para detenerla, para decir: no más, detente [...] La otra ilusión completa la primera: la de que podemos conocernos a nosotros mismos y nuestros propios deseos también como para gestionarlos con la misma precisión que la tecnología.

O'Mahony afirma en su libro *The way we die now*:

[...] como profesión debemos estar muy mal cuando los pacientes han dejado de confiar en nosotros, viéndonos como un obstáculo para una muerte pacífica. Tal vez tengamos que aceptar las directrices anticipadas o la muerte medicamente asistida como un mal necesario, pero no deja de ser un reconocimiento de nuestra incapacidad para tratar a los ancianos y moribundos con compasión y sentido común [...]. Es imposible pensar que la regulación de la muerte medicamente asistida solucione los enormes problemas planteados. Una decisión política a este respecto sin un debate público previo tiene el riesgo de generar falsas expectativas entre los ciudadanos que legítimamente, en este momento, están a favor de la regulación pensando que es la solución a sus miedos.

La reciente ley de eutanasia y suicidio asistido aprobada en España es un claro ejemplo de lo que no se debe hacer, de precipitación e irresponsabilidad, porque se ha hurtado a la sociedad civil la debida reflexión, máxime teniendo en cuenta la experiencia de otros países como Holanda y Bélgica, a este respecto nada afortunada, dado el hecho comprobado de la llamada “pendiente resbaladiza”.

La reciente ley de eutanasia y suicidio asistido aprobada en España es un claro ejemplo de lo que no se debe hacer, de precipitación e irresponsabilidad, porque se ha hurtado a la sociedad civil la debida reflexión

Lafferriere (2022) analiza los informes oficiales de los Países Bajos correspondientes al periodo 2002-2019, comprobándose un aumento sustancial de los casos de eutanasia, en tanto números absolutos (1882 vs. 6399) como relacionados con el total de muertes en el mismo periodo (1.32% vs 4.21%). El cáncer es la enfermedad con mayor número de peticiones, pero su descenso temporal en números relativos (87.3% vs. 64.2%) se contrarresta con el incremento en la incidencia de otros padecimientos: cardiovasculares, del sistema nervioso, pulmonares y otros. En 2012, se realizó la segunda evaluación sobre el funcionamiento de la ley, comenzándose a registrar la eutanasia en razón de enfermedades mentales o demencia. El código de eutanasia de 2018 añade:

[...] si un paciente quiere ser considerado para la eutanasia su sufrimiento tiene que contener un sufrimiento médico, pero no es necesario que padezca una enfermedad que amenace con su vida. También una acumulación de enfermedades propias de la vejez, como alteraciones visuales o auditivas, osteoporosis, artrosis, problemas de equilibrio o deterioro cognitivo pueden ser motivo para un sufrimiento insopportable y sin perspectivas de mejoría [...].



El autor concluye que la llamada “pendiente resbaladiza” existe tanto en lo referente al número de casos como a la ampliación de supuestos.

En cambio, F. Marín (2020), presidente de la organización “derecho a morir dignamente” niega estos hechos afirmando que no se ha producido ninguna “pendiente resbaladiza” en los Países Bajos y que “podemos renunciar a cierto tipo de vida cuando nos dé la gana, cuando ya no nos merezca la pena”. También el editorial de *El País* (2018) titulado “Derecho a decidir la muerte” termina con el siguiente párrafo:

[...] que se regule el derecho a recibir ayuda para morir no hará que la gente quiera morir más, ni hay indicios que pueda producirse una “pendiente resbaladiza” que conduzca al abuso por parte de familiares o médicos. Al contrario, en países como Bélgica u Holanda donde la eutanasia lleva más de veinte años regulada, tales abusos no se han producido, y, en cambio, quienes han quedado atrapados en una enfermedad que les produce un gran sufrimiento y perciben como una condena pueden librarse de ella en condiciones médicas dignas.

Con demasiada frecuencia los prejuicios ideológicos predominan sobre la verdad de los hechos; nos preguntamos si un debate público abierto puede ser posible con este tipo de actitudes

Sostenía Revel (1989) que con demasiada frecuencia los prejuicios ideológicos predominan sobre la verdad de los hechos; nos preguntamos si un debate público abierto puede ser posible con este tipo de actitudes.

La realidad de la “pendiente resbaladiza” tiene un claro precedente en la legalización del aborto (Keown, 2002). En un principio era moralmente aceptable por motivos de salud, luego se permitió por motivos sociales y en la actualidad es una opción libre para todas las embarazadas. Del mismo modo, la apuesta por una ley de eutanasia podría acabar siendo una alternativa prematura a los cuidados paliativos. Este razonamiento tiene un

doble respaldo: empírico y lógico. Empírico porque, como ocurrió con el “aborto terapéutico”, será imposible marcar pautas precisas en la eutanasia voluntaria. Algunos, quizás muchos, médicos se equivocarán al garantizar que las peticiones sean libres y genuinas y que no haya alternativa. Fallarán por varios motivos: por carecer de la suficiente experiencia psiquiátrica para discernir una solicitud libre de otra condicionada por una depresión clínica; por falta de tiempo y medios; por no ser suficientemente concienzudos; en aquellos pacientes mal diagnosticados que no estén en situación terminal; por falta de conocimiento en cuidados paliativos, ignorando el alivio que pueden ofrecer a un enfermo concreto. Por otro lado, el “argumento lógico” sostiene que la aceptación de la eutanasia voluntaria implícitamente conlleva la aceptación también de la no voluntaria, pues si detrás de la primera subyace el juicio de que algunos pacientes estarían mejor muertos que vivos, dicho juicio debería extenderse a los pacientes incapacitados que no pueden hacer una petición de eutanasia. Porque la justificación real (más que la retórica) de la eutanasia voluntaria descansa en el juicio del médico más que en la petición autónoma de la persona; en otras palabras: el paciente propone y el médico dispone. Y si este sentencia frente a un enfermo autónomo también debería hacerlo frente a otro incapaz, a riesgo de caer en una forma de discriminación al



negarle al segundo un supuesto beneficio; porque, ¿existe otra situación en la práctica médica en la que los facultativos nieguen un tratamiento que consideran beneficioso a un paciente simplemente porque este no pueda pedirlo? Por último, frente a la razón del “sufrimiento insopportable” que los defensores de la eutanasia aducen en virtud de la autonomía del paciente: ¿por qué el sufrimiento tiene que ser insopportable?, ¿no es suficiente un sufrimiento soportable pero que el paciente no quiere soportar? Así pues, si la justificación para la eutanasia es la autonomía de la persona, desde el punto de vista lógico es irrelevante que esté sufriendo mucho, poco o nada.

Se constata una pérdida de la idea de sociedad como comunidad que cuida, desde niños no nacidos a mayores dependientes

A. Meléndez (2021), vicepresidente de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos, cree que hay una confusión interesada entre términos como muerte digna, cuidados paliativos, eutanasia... Por ejemplo, el común de la gente tiene la idea errónea de que eutanasia equivale a muerte digna. En España, además, vivimos en un continuo frentismo en el que no caben posturas intermedias ni diálogo posible. Aunque muchos afirman que la reciente Ley de Eutanasia es una ley garantista y que se van a potenciar los cuidados paliativos, existen serias dudas al respecto:

cuando se llega al punto de un sufrimiento terrible ya es demasiado tarde para proponer los cuidados paliativos. Los paliativistas son expertos en controlar los síntomas y, también, en ofrecer un abordaje integral: personal, familiar, espiritual, emocional y social. Se constata una pérdida de la idea de sociedad como comunidad que cuida, desde niños no nacidos a mayores dependientes. Además, es una ley que puede favorecer las desigualdades si antes no se garantiza la ayuda a la dependencia. Las encuestas revelan que el dolor, el miedo al mismo y el no ser una carga para los tuyos, son las tres causas principales para pedir la eutanasia. Nos encontramos con que el Estado asume todos los gastos en enfermedades cardiovasculares, oncológicas, etc., pero los internamientos en residencias por demencia y otros trastornos neurológicos solo pueden ser costeados por familias con suficientes recursos económicos. Esta ley se proclama como la más avanzada de Europa, pero podría resultar la más retrograda, pues estamos muy por detrás de Italia, Francia, Alemania o el Reino Unido, donde se ha reflexionado mucho más sobre el tema. En estos países ya en la primera visita al oncólogo el paciente conoce también a su médico paliativista. Pero en general hay que decir que los cuidados paliativos no tienen el “glamour” de la tecnología, y hablar de ellos se asocia a un terrible final inminente. En definitiva, deberíamos comprender todos que el periodo final de la vida merecer ser vivido como el resto de la misma.

A. Novoa (2020) suscribe el testimonio de la oncohematóloga Azra Raza (infrecuente en su especialidad) en su libro *The first cell and the human costs of pursuing cancer to the last*: “ser positivo es el lema. Pero ¿qué hacemos con los enfermos de cáncer con intenso dolor o sufrimiento? ¿Por qué nos cuesta tanto decirles que la mayoría de ellos van a morir? ¿Por qué seguimos proporcionando esperanza basada en casos puntuales?”. Novoa añade “podría llegar a ser más fácil para un enfermo solicitar la eutanasia que rechazar la quimioterapia, porque hay una enorme presión social, familiar y médica para que los pacientes acepten tratamientos que la mayoría de las veces ofrecen a lo sumo unas pocas semanas de mala vida”.



Convertir la eutanasia en un derecho puede generar en la mayoría de la sociedad la falsa percepción de que es una buena práctica, pues se tiende a identificar moralidad y legalidad (CBE, p. 11). Además, numerosos estudios demuestran que los cuidados paliativos ahorran recursos económicos, pues facilitan los cuidados a domicilio evitando ingresos hospitalarios, innecesarios y caros, ya que provienen a la obstinación diagnóstica y terapéutica (CNB, p. 51).

También desde la deontología médica (CBE, p. 37) se advierte como la sola posibilidad de que el médico pueda cometer homicidio como acto médico, transforma radicalmente la relación médico-paciente.

Finalmente, J. de la Torre (2019) señala que Callahan en sus últimos años tuvo conciencia clara de que la moderna filosofía había rechazado la cuestión de los fines y propósitos que tan presente estaba en la filosofía antigua, y que la ciencia positiva se ha focalizado solo en mejorar la salud de nuestros cuerpos y aumentar la duración de nuestras vidas, pero desviándonos de la cuestión fundamental del ser humano: ¿para qué clase de vida buscamos más salud? ¿Qué tipo de vida es la buena?

La ciencia positiva se ha focalizado solo en mejorar la salud de nuestros cuerpos y aumentar la duración de nuestras vidas, pero desviándonos de la cuestión fundamental del ser humano: ¿para qué clase de vida buscamos más salud? ¿Qué tipo de vida es la buena?

5. Conclusión

El actual modelo biomédico, costoso económicamente y poco satisfactorio para el enfermo, el progresivo envejecimiento de la población con el consiguiente incremento del gasto sanitario y la eutanasia o suicidio medicamente asistido (un intento de dotar al individuo de una total autonomía a costa de su dimensión comunitaria). Estos son los tres elementos que conforman una unidad integrada que denominamos triángulo. Esta estructura ha de ser desmontada también de modo coordinado. Los dos primeros lados podrían hallar una vía de solución, respectivamente, en una medicina integrada (el modelo biopsicosocial) y en una atención sanitaria que ponga el énfasis en los cuidados sociosanitarios y en la medicina paliativa en los últimos años de la vida, y contra el todavía presente encarnizamiento médico, a pesar de medidas como la adecuación del esfuerzo terapéutico. No entramos en la cuestión de la baja natalidad, que no es objeto de la presente reflexión.

Desde luego, el suicidio asistido sería la peor medida, un atajo-trampa si antes no se han implementado los cuidados paliativos. Además, los médicos deben adoptar un papel más activo en la toma de decisiones al final de la vida, recuperando la perdida confianza de los pacientes que se da hoy en día en tal situación. Se produciría también la llamada pendiente resbaladiza, ya demostrada en el caso del aborto y en los Países Bajos con la eutanasia. Finalmente, la eutanasia conllevaría un daño irreparable a la deontología médica y al fundamento moral de nuestra sociedad.



Referencias

- Callahan, D. (2004). *Poner límites: los fines de la medicina en una sociedad que envejece*. Triacastella.
- CBE. (2020). 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, 11, 51. <https://comitedebioetica.isciii.es>
- Chesterton, G. K. (2013). *Orthodoxy*. Acantilado.
- Editorial. (2018). Derecho a decidir la muerte. *El País*. https://elpais.com/elpais/2018/05/05/opinion/1525530458_580079.html
- Editorial. (2019). Time to abandon early detection cancer screening. *European Journal of Clinical Investigation*. <https://onlinelibrary.wiley.com/journal/13652362>
- García-Aguayo, F. J. (2021). La crisis de la medicina, sus males y posibles remedios. *Razón y Fe*, 283(1451), 283-290. <http://revistas.comillas.edu/index.php/razonyfe/article/view/16610>
- Keown, J. (2002). *Euthanasia, ethics and public policy, and argument against legalisation*. Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511495335>
- Lafferriere, J. N. (2022). *La pendiente resbaladiza de la eutanasia: la experiencia de los Países Bajos*. Centro de Bioética, persona y familia. <https://centrodebioetica.org>
- Marín Olalla, F. (2020). La muerte voluntaria: una muerte natural digna. *moriencasa.es*. <https://www.moriencasa.es/blog>
- Meléndez, A. (2021). *Hay que recuperar el prestigio de cuidar*. <https://www.portantos.es>
- Novoa, A. (2020). Contra la eutanasia: análisis de los argumentos de Daniel Callahan.
- Peiró, S. y Bernal Delgado, E. (2006). ¿A qué incentivos responde la utilización hospitalaria en el Sistema Nacional de Salud? *Gaceta Sanitaria*, 20(1), 110-116. <http://doi.org/10.1157/13086034>
- Repullo, J. R. (2012). Taxonomía, práctica de la desinversión sanitaria en lo que no añade valor, para hacer sostenible el Sistema Nacional de Salud. *Revista de Calidad Asistencial*, 27(3), 130-138. <https://doi.org/10.1016/j.cal.2012.02.010>
- Revel, J. F. (1989). *El conocimiento inútil*. Planeta.
- Sitges Serra, A. (2020). *Si puede no vaya al médico*. Libros del Zorzal.
- Torre, J. de la. (2019). D. Callahan in memoriam. *Revista Iberoamericana de Bioética*, (11), 1-13. <https://doi.org/10.14422/rib.i11.y2019.012>