Col·legi Oficial de Metges
Illes Balears

Comisión de ética y deontología

EUTANASIA: UNA VISIÓN DESDE LA DEONTOLOGÍA MÉDICA

MAYO DE 2021

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN **4**

LA EUTANASIA EN EL MUNDO 5

LA EUTANASIA A NIVEL GLOBAL 5

Eutanasia 6

Suicidio Asistido 7

Otras regulaciones 8

BIBLIOGRAFÍA 8

EUTANASIA, DIGNIDAD Y LIBERTAD: UNA ENCRUCIJADA DE DERECHOS FUNDAMENTALES **8**

BIBLIOGRAFÍA 10

EUTANASIA: EL RIESGO DE LA PENDIENTE DESLIZANTE **11**

COSTES 13

BIBLIOGRAFÍA 14

LA EUTANASIA FRENTE A LA ÉTICA Y DEONTOLOGÍA MÉDICAS **14**

CÓDIGO DE DEONTOLOGÍA MÉDICA 14

POSICIÓN DEL CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS DE MÉDICOS 14

POSICIÓN DE LA ASOCIACIÓN MÉDICA MUNDIAL 15

POSICIÓN DEL COMITÉ DE BIOÉTICA DE ESPAÑA 15

BIBLIOGRAFÍA 16

LA EUTANASIA COMO ACTO MÉDICO **17**

REGULACIÓN DEL CÓDIGO DE DEONTOLOGÍA MÉDICA 17

CONSIDERACIONES 18

BIBLIOGRAFÍA 19

ATENCIÓN BIOPSICOSOCIAL Y ESPIRITUAL EN EL FINAL DE LA BIOGRAFÍA: LOS CUIDADOS PALIATIVOS **20**

VULNERABILIDAD Y DEPENDENCIA EN EL SER HUMANO 20

LOS CUIDADOS PALIATIVOS: ¿EXISTE UN ACCESO UNIVERSAL? 21

EUTANASIA Y SUFRIMIENTO 22

BIBLIOGRAFÍA 24

LA OBJECIÓN DE CONCIENCIA. **24**

LA OBJECIÓN DE CONCIENCIA DEL MÉDICO 25

POSIBLES PROBLEMAS EN RELACIÓN CON LA OBJECIÓN DE CONCIENCIA EN LA APLICACIÓN DE LA NUEVA LEY ESPAÑOLA. 27

BIBLIOGRAFÍA 28

REFLEXIONES FINALES **29**

Documento elaborado por la Comisión de Ética y Deontología del Col·legi Oficial de Metges de les Illes Balears

Dra. Sandra Ferrer – Presidenta.

Dr. Vicente Juan Verger – Vicepresidente.

Dra. Ana Estremera Rodrigo – Secretaria.

Dr. David Crémer Luengos – Vocal.

Dra. María Belén González Gragera – Vocal.

Dr. Miguel Lázaro Ferreruela – Vocal.

INTRODUCCIÓN

En España, el actual gobierno ha promovido el trámite parlamentario y finalmente la aprobación de la Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia.

Dada su trascendencia para el ejercicio de la profesión médica, esta Comisión ha optado por realizar una breve e integradora revisión de la situación, incluyendo los problemas potenciales de su puesta en marcha efectiva.

Fruto del análisis y la deliberación surge este documento, que tiene como intención la reflexión y servir como posible guía básica para aquellas cuestiones que puedan sobrevenir en un futuro que ya es hoy.

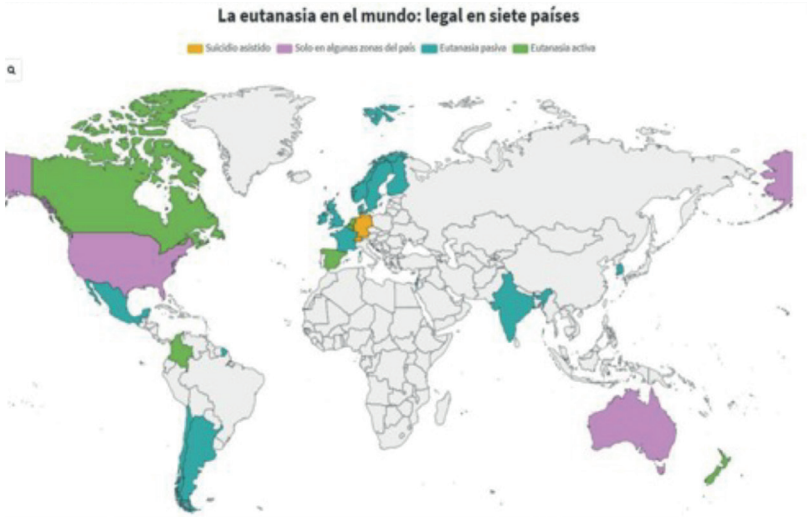
LA EUTANASIA EN EL MUNDO

El Congreso de los Diputados ha convertido a España en el cuarto de Europa — tras Holanda, Bélgica y Luxemburgo— y en el séptimo del mundo que permite la interrupción activa de la vida en caso de enfermedad incurable, grave, crónica e invalidante[1].

En el caso de España, la eutanasia se podrá prestar solo a mayores de edad, en condiciones "plenas", que tengan una enfermedad grave o sufrimiento intolerable y que hayan expresado inequívoca y reiteradamente su voluntad de morir[2]. La decisión deberá poder ser revocada en cualquier momento por parte del paciente, quien habrá sido previamente informado sobre las distintas alternativas que existen incluyendo el acceso a cuidados paliativos (que al no contar con una ley específica se encuentran en posible desventaja respecto a articulación y soporte legal).

LA EUTANASIA A NIVEL GLOBAL[1,3,4]

De cara a una valoración de las posibilidades de interrupción de la vida a nivel internacional, hay que distinguir entre eutanasia, donde se precisa la acción directa de un profesional sanitario y suicidio asistido, donde es el propio interesado quien ejecuta la acción de acabar con su vida con un soporte logístico externo.



1. Eutanasia:

La eutanasia actualmente está autorizada en Holanda, Bélgica, Luxemburgo, Canadá, Colombia, Nueva Zelanda y parcialmente en algunos estados de Australia.

En abril de 2002, Holanda fue el primer país del mundo en legalizar la eutanasia seguido por Bélgica (2002) y Luxemburgo (2009).

La eutanasia se aplica en Holanda con una edad mínima de 12 años (hasta los 18 es preceptivo el acuerdo de los representantes legales). Es necesario un "sufrimiento insoportable sin perspectiva de mejora". Para aplicarlo es obligatorio que un médico informe al paciente sobre el diagnóstico y el pronóstico, y que se consulte a otro facultativo que corrobore que se cumplen los requisitos. Si existe sufrimiento psicológico ha de intervenir un tercer médico o un psiquiatra.

Bélgica tiene una ley similar. Al igual que en Holanda, no hay un control previo y sólo se necesita el visto bueno de dos médicos. A diferencia de la ley holandesa, la eutanasia puede aplicarse a cualquier edad (también sobre neonatos o niños a través del denominado Protocolo de Gröningen) y también incluye casos de sufrimiento psíquico irremediable.

Luxemburgo aprobó en 2009 una ley de cuidados paliativos, eutanasia y suicidio asistido. Se puede aplicar sólo a mayores de 18 años con una enfermedad incurable que conlleve dolor insoportable, constante y sin esperanza de mejora.

En Colombia la eutanasia era un Derecho Constitucional desde 1998 pero hasta 2015, tras una nueva sentencia de su Tribunal Constitucional, el Ministerio de Sanidad no aprobó una resolución para cumplirla. Puede aplicarse a mayores de seis años con una enfermedad en fase terminal.

En Canadá existe una regulación estatal desde julio de 2016 que permite la eutanasia a mayores de edad, conscientes y competentes, con enfermedad, discapacidad o afección grave, declive avanzado de capacidades y sufrimiento físico imposible de aliviar. Puede ser llevado a cabo por médicos y, en determinadas provincias, también por enfermeras. En marzo de 2021 se han actualizado las condiciones de acceso a la eutanasia o al suicidio asistido para pacientes con enfermedades no terminales y se ha establecido una moratoria hasta 2023 para protocolizar la valoración de candidatos con enfermedades exclusivamente psíquicas.

En Australia, la ley de muerte asistida del estado de Victoria entró en vigor en junio de 2019. El estado de Australia Occidental aprobó la suya en diciembre de ese mismo año y entrará en vigor a mediados de 2021.

En Nueva Zelanda, la eutanasia activa fue aprobada por referéndum en octubre de 2020 y tras pasar por el Parlamento se prevé que entre en vigor el 6 de noviembre de 2021. A partir de entonces, se permitirá que un médico administre una droga letal a un adulto afecto de una enfermedad terminal insufrible y con una esperanza de vida inferior a seis meses, siempre y cuando el paciente lo haya solicitado de forma consciente y voluntaria.

El Parlamento de Portugal aprobó una Ley de Eutanasia en enero de 2021 pero tras ser vetada por el presidente de la República basándose en la inviolabilidad de la vida humana y la indefinición de sus supuestos de aplicación, ha sido anulada por su Tribunal Constitucional en el mes de marzo.

En Alemania, el Tribunal Constitucional reconoció en una sentencia de 2020 el derecho a la autodeterminación al final de la vida y anuló el artículo del Código Penal que prohibía la ayuda al suicidio, dejando la puerta abierta a que el Parlamento regule este derecho. En esas circunstancias, es previsible un inminente debate sobre el tema.

2. Suicidio Asistido:

En el suicidio médicamente asistido no se requiere de una intervención directa de un profesional sanitario. El proceso incluye la supervisión y suministro de un medio necesario que el paciente se administra voluntariamente para terminar con su vida.

En Suiza, donde esta práctica está regulada desde 1918, no se contemplan penas para quienes ayuden a alguien a morir (no es necesario que sea un médico), siempre y cuando sea por razones altruistas. También es el único país del mundo que admite a extranjeros a través de diversas organizaciones de "muerte digna", mayoritariamente procedentes de Italia y Francia.

En Estados Unidos, la eutanasia es ilegal, pero nueve de sus estados tienen permitido el suicidio asistido si la supervivencia esperada de un enfermo es menor de 6 meses: Ore-

gón (1994), Washington (2008), Montana (2009), Vermont (2013), Colorado (2016), California (2016), Hawái (2018), Nueva Jersey (2019) y Maine (2019). Se han presentado propuestas de regulación en al menos otros 19 estados basándose en el fundamento legal del "derecho a decidir de los individuos".

Otras regulaciones:

Polonia entiende la eutanasia como un asesinato y castiga su práctica con hasta cinco años de prisión. También Bulgaria o Croacia lo castigan con hasta 6 y 8 años respectivamente.

BIBLIOGRAFÍA

1. *https://www.rtve.es/noticias/20201217/espana-podria-convertirse-cuarto- pais-europeo-legalizar-eutanasia/2000490.shtml*
2. *Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia. Boletín Oficial del Estado núm. 72, de 25 de marzo de 2021, pp. 34037 a 34049.*
3. *https://derechoamorir.org/eutanasia-mundo/*
4. *https://elpais.com/sociedad/2020/02/19 actualidad/1582115262_135029.html*

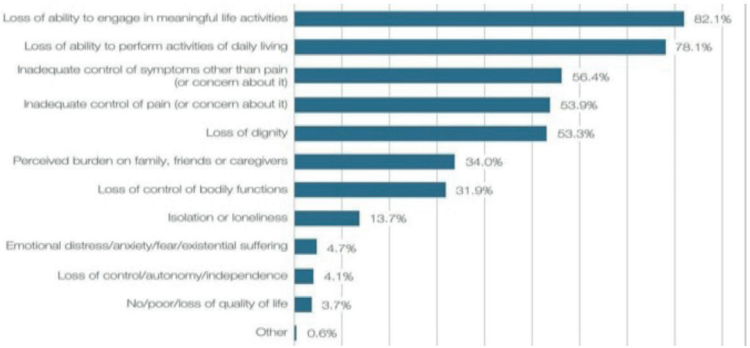
EUTANASIA, DIGNIDAD Y LIBERTAD: UNA ENCRUCIJADA DE DERECHOS FUNDAMENTALES

Es obvio para los profesionales sanitarios y en particular para el colectivo médico el valor inalienable de la persona. Sobre el mismo se han basado históricamente todos los imperativos éticos de una correcta relación médico-paciente tipificados en los sucesivos códigos deontológicos de la profesión[1] y partiendo desde el juramento hipocrático.

Legalmente, los valores del individuo se reconocen y protegen con una serie de derechos fundamentales recogidos en la Constitución Española[2], que el contexto de la eutanasia o el suicidio asistido hace entrar en conflicto. El derecho a la vida se confronta con el reconocimiento al valor superior de la libertad (art. 1.1), de la dignidad humana (art.10), el derecho a la integridad física y moral de la persona (art. 15), a la libertad de conciencia (art. 16) o a la intimidad (art. 18.1).

Es habitual entre los partidarios de la eutanasia el argumento de que permite un "buen morir" de acuerdo con el contexto clásico del *ars moriendi* o "muerte digna". Sin embargo, **la dignidad** entendida etimológicamente como merecedora de respeto, es **inherente a cada ser humano** sustanciándose en su continua realización biográfica como persona en el seno de la sociedad de acuerdo con sus valores y convicciones, y dando como resultado una existencia única que vale la pena ser vivida. Por tanto, la interpretación de una determinada circunstancia vital como indigna es absolutamente personal.

En el ámbito de la enfermedad – particularmente en patologías graves - la dignidad puede verse afectada por múltiples circunstancias: comprensión de la situación, tiempo de evolución, síntomas de la patología, efectos secundarios o secuelas del tratamiento, tolerancia al dolor, creencias espirituales, etc. La asunción de qué situación es digna (entendida como soportable sin socavar los componentes básicos del ser) puede diferir ampliamente entre dos pacientes que presentan el mismo grado de afectación. Además, la variabilidad personal inherente se ha confirmado con datos disponibles de países donde la práctica de la eutanasia y el suicidio asistido están autorizados y se registran las razones por las que los solicitantes encontraban sus condiciones de vida intolerables[3].



En la práctica, una valoración objetiva es compleja, requiere empatía y habilidades interpersonales que, aunque se presuponen en el personal sanitario, requieren entrenamiento específico (ejercicio de la compasión, tolerancia a creencias ajenas, acompañamiento, habilidades en la comunicación...) y dificultan la estandarización de las circunstancias que pueden promover una petición de eutanasia.

Otro argumento a favor de la eutanasia es que la vida no es un bien supremo a proteger, sino que es propiedad de cada individuo y por tanto éste puede decidir su final en

cualquier momento en un acto libre. Además de la discutible orientación utilitarista de la vida como propiedad que no es objeto de este análisis, en la especial circunstancia de enfermedades graves, diversos factores pueden afectar de hecho a esa libertad que se da por supuesta: el dolor, la soledad y la desesperanza, la capacidad de decisión limitada por efecto de la enfermedad o su tratamiento, la ansiedad del paciente por la carga de trabajo que supone a sus allegados, por el futuro de su entorno familiar o social tras su fallecimiento, por su percepción de no haber satisfecho aspectos cruciales de su vida, etc. Sólo cuando puede asegurarse que esos factores están adecuadamente ponderados y equilibrados podría plantearse que la decisión sea libre (aun así, con limitaciones derivadas de la capacidad de decisión real del paciente y el tiempo estimado de supervivencia).

Para que exista libertad, al menos relativa, de elección parecen indispensables: una adecuada evaluación y tratamiento de los aspectos de la enfermedad que afectan a la capacidad de decisión personal y asegurar en la toma de decisiones una mínima serenidad física, psíquica, espiritual y social. En la práctica, los equipos de cuidados paliativos han demostrado sobradamente ser los profesionales más cualificados para estas funciones, de por sí difíciles y comprometidas. Sin embargo, en nuestro país no se dispone de una ley específica con un marco de desarrollo que asegure su aplicación con eficiencia y equidad. La implementación a nivel autonómico de la ley de dependencia también ha sido, hasta la fecha, manifiestamente insuficiente. Esta realidad conlleva una potencial atracción hacia la eutanasia con el riesgo de que esta pueda favorecerse en la práctica sobre el abordaje de las variables de la enfermedad.

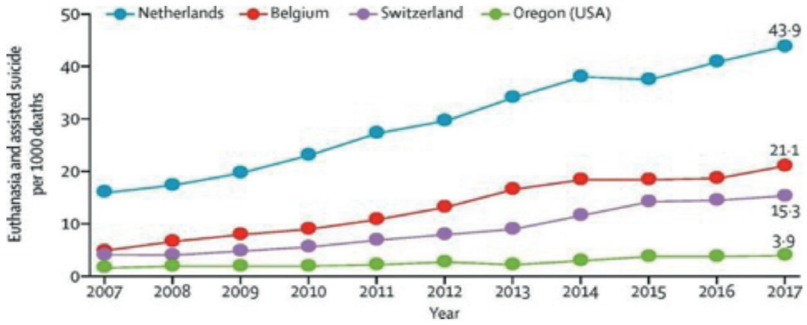
Sin una correcta evaluación y tratamiento del proceso global del paciente, que por ende garantizarían la justicia entre aquellos a favor o en contra de solicitar la eutanasia, no puede plantearse considerar esta como un acto suficientemente libre.

BIBLIOGRAFÍA

1. *Código de Deontología Médica. Organización Médica Colegial. 2011.*
2. *Constitución Española. 1978.*
3. *First Annual Report in Medical Assistance in Dying in Canada 2019. Health Canada, 2020.*

EUTANASIA: EL RIESGO DE LA PENDIENTE DESLIZANTE

Los datos disponibles de aplicación de la eutanasia y el suicidio asistido son orientativos porque, en general, su registro es voluntario y su incidencia puede estar infraestimada[1]. Existe una amplia variabilidad entre las regiones en las que se permite la eutanasia y el suicidio asistido y las que sólo aplican este último, con diferencias también en función de las condiciones de acceso[2].



Globalmente, tras la autorización se aprecian aumentos sostenidos. En Holanda, la eutanasia supone más del 4% de los fallecimientos (en total 6585 procedimientos en 2017[3]). En Suiza, la condición de enfermedad en fase terminal no es un requisito necesario para los candidatos al suicidio asistido; este hecho, unido a la posibilidad de incluir extranjeros, ha hecho aumentar significativamente su número. En Oregón, donde es condición indispensable tener una expectativa de vida inferior a 6 meses el número se ha mantenido muy estable en la serie histórica. En este territorio sólo un 36% de los solicitantes de suicido asistido fallecieron por su aplicación mientras el resto lo hizo por su propia enfermedad de base.

Probablemente a nivel mundial la fuente más precisa y actualizada de datos sea Canadá, donde existe la voluntad de generar un registro de actividad y difundir su conocimiento público a través de un informe periódico gubernamental. En julio de 2020 se publicó el Primer Informe Anual sobre las muertes por eutanasia hasta 2019[4]. Según los datos, desde la regulación de 2016 se produjeron 13.946 fallecimientos por eutanasia activa o suicidio asistido. Del análisis pormenorizado de los datos, se apuntan como conclusiones:

1. Una vez que se legaliza la eutanasia, las cifras aumentan de año en año: en 2019 se

registraron 5.631 casos de eutanasia y suicidio asistido; los casos aumentaron un 57% de 2017 a 2018 y un 26% de 2018 a 2019. La eutanasia y el suicidio asistido representaron globalmente el 1.96% de los fallecimientos en Canadá en 2019.

2. Cuando se ofrecen ambos, se prefiere la eutanasia al suicidio asistido y la tasa general es más alta que cuando se ofrece solo éste: sólo 7 de los 5.631 casos en 2019 realizaron suicidio asistido.

3. Ampliación del acceso: aunque el 66% de los casos de eutanasia en Canadá en 2019 involucraron a una persona con cáncer, existió un número relevante de peticiones por causas neurológicas, cardiovasculares o comorbilidades múltiples (9.1%).

4. Localización ubicua: la asistencia se realizó tanto en hospitales (36.3%) como en el lugar de residencia (35.2%) o centros de cuidados paliativos (20.6%).

5. Falta de participación de especialistas: solo el 1.7% de los médicos que administraron la eutanasia tenían la especialidad de oncología. La mayoría de los casos fueron resueltos por médicos de familia (65% del total) y un porcentaje relativamente bajo por especialistas en cuidados paliativos (9.1%).

6. "Especialización" de la técnica: de los 1196 médicos y 75 enfermeras que practicaron al menos una eutanasia en 2019, 126 lo hicieron 10 veces o más.

7. No está completamente asegurada la voluntariedad: el informe afirma que en el 99.1% de los 5.389 casos los profesionales sanitarios comunicaron haber consultado directamente al paciente si la solicitud de eutanasia era voluntaria. Por tanto, en 46 casos el profesional que administró la eutanasia admitió no haber confirmado directamente la voluntariedad de la solicitud y, por tanto, la seguridad sobre el proceso no fue completa.

8. Evaluación de la capacidad de toma de decisiones: un 34.3% de los pacientes fueron sometidos a la eutanasia en menos de 10 días después de solicitarla. Esto está permitido por la ley de Canadá si se prevé la pérdida de la capacidad de toma de decisiones y/o la muerte dentro de los 10 días siguientes. En un 84.4% de los casos, la justificación para la celeridad del proceso fue que la pérdida de la capacidad de consentimiento era inminente. Esto plantea la cuestión de la validez de la solicitud: si una persona está cerca de perder su capacidad, existe obviamente una duda razonable sobre si ésta será plena en el momento de expresar su decisión. El aspecto del consentimiento ha sido reformulado en la modificación de la ley canadiense de marzo de 2021.

9. No se agotaron todas las opciones de tratamiento: en al menos 91 casos de eutanasia, los cuidados paliativos no fueron accesibles y en al menos 87 casos no se proporcionaron servicios de apoyo a la discapacidad, aunque se consideraron necesarios. La valoración de la idoneidad de los servicios prestados no fue comunicada.

10. La eutanasia puede solicitarse por factores diferentes a los asociados a enfermedades graves e incurables: el informe afirma que la pérdida de la capacidad para participar en actividades significativas de la vida (82.1%) seguida de la pérdida de la capacidad para realizar actividades de la vida diaria (78.1%) y el control inadecuado de los síntomas distintos del dolor o preocupación por él (56.4 %) fueron las descripciones más frecuentes de sufrimiento intolerable de los solicitantes. El 34% informó como una razón para su solicitud de eutanasia la percepción de ser una carga para familia, amigos o cuidadores y un 13% comunicó aislamiento o soledad.

Estos hallazgos han sido también descritos en Holanda de forma retrospectiva revisando solicitudes de eutanasia o suicidio asistido de pacientes de edad avanzada con comorbilidad múltiple sin compromiso vital (53 casos de un total de 1605 solicitudes por síndrome geriátrico múltiple entre 2013 y 2019)[3]. En esta serie la pérdida de movilidad (83% de los casos), sensación de dependencia (43%) o el aislamiento social (36%) fueron declarados causa de sufrimiento insoportable.

COSTES

En determinados foros se ha planteado el riesgo de que la eutanasia pueda ser potenciada a nivel institucional como sistema indirecto de ahorro en gastos derivados de la asistencia a la enfermedad, comorbilidad, fragilidad y discapacidad de población laboralmente no productiva.

De acuerdo con el informe financiero del Parlamento canadiense de octubre de 2020 sobre costes estimados de la muerte medicalizada[5], desde el inicio de aplicación de la eutanasia se ha producido un ahorro neto en costes directos de asistencia de 86.9 millones de dólares canadienses y la previsión para 2021 alcanza los 149 millones. La cifra supone el 0.08% del total del presupuesto nacional de atención médica.

BIBLIOGRAFÍA

1. *Pereira J. Curr Oncol. 2011; 18(2): e38 – e45. doi: 10.3747/co.v18i2.883*
2. *Borasio JD. et al. The Lancet. 2019; 393 (10175): 982.- 983.*
3. *Van den Berg V. et al. JAMA Intern Med. 2020. doi:101001/jamainternmed.2020.6895*
4. *First Annual Report in Medical Assistance in Dying in Canada 2019. Health Canada, 2020.*
5. *Cost Estimate for Bill C7 "Medical Assistance in Dying". Office of the Parliamentary Budget Officer, Canada, 2020.*

LA EUTANASIA FRENTE A LA ÉTICA Y DEONTOLOGÍA MÉDICAS

La aprobación en España de la Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia provoca un conflicto entre la legislación y la ética y deontología médicas, sustanciadas en:

CÓDIGO DE DEONTOLOGÍA MÉDICA (VERSIÓN VIGENTE 2011)[1]

Pendiente de aprobación - diferida por la pandemia COVID 19 - de un borrador de actualización, en la actualidad los médicos tienen explícitamente recogida la eutanasia en el capítulo VII:

Artículo 36.1: *"el médico tiene el deber de intentar la curación o mejoría del paciente siempre que le sea posible. Cuando ya no lo sea, permanece la obligación de aplicar las medidas adecuadas para conseguir su bienestar, aun cuando de ello pudiera derivarse un acortamiento de la vida".*

Artículo 36.3: *"el médico nunca provocará intencionadamente la muerte de ningún paciente ni siquiera en caso de petición expresa por parte de éste".*

POSICIÓN DEL CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS DE MÉDICOS (CGCOM)[2,3]

El CGCOM, ha reiterado ante los poderes públicos su petición de una ley general de cuidados que garantice de forma integral no sólo los cuidados paliativos y la atención al final de la vida, sino que contemple también todos aquellos condicionantes sociales necesarios para proporcionar la mejor asistencia a aquellas personas que padecen una grave enfermedad orgánica o psíquica que genere gran incapacidad y un sufrimiento insoportable: *"La profesión médica no puede permitir que la causa por la que una persona decida solicitar terminar con su vida sea por la ausencia de apoyo y falta de recursos sociosanitarios"*

La formulación de la ley de eutanasia, pendiente de su desarrollo regional a través del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, presenta importantes interrogantes y cuestiones no aclaradas que necesariamente deberán ser motivo de atención preferente desde los colegios de médicos. Cabe mencionar como ejemplos: la gestión de la infracción del código de deontología de los médicos que actúen de acuerdo con la ley; quién será el médico responsable del paciente que inicie el trámite de la eutanasia; qué formación, capacitación y cualificación deberán tener los médicos que la apliquen; cuál será el papel de los médicos en las Comisiones de Garantía y Evaluación o cómo se gestionará la objeción de conciencia a nivel individual o institucional.

POSICIÓN DE LA ASOCIACIÓN MÉDICA MUNDIAL (AMM)[4]

Como organización internacional que representa a 10 millones de médicos de todo el mundo se ha reafirmado en su convencimiento de que la eutanasia entra en conflicto con los principios éticos básicos de la práctica médica, con los que reitera su fuerte compromiso, concluyendo que se debe mantener el máximo respeto por la vida humana.

POSICIÓN DEL COMITÉ DE BIOÉTICA DE ESPAÑA (CBE)[5]

Conclusiones del su informe de 6 octubre 2020, citadas textualmente:

a. *Existen sólidas razones para rechazar la transformación de la eutanasia y/o auxilio al suicidio en un derecho subjetivo y en una prestación pública. Y ello no solo por razones del contexto social y sanitario, sino, más allá, por razones de fundamentación ética de la vida, dignidad y autonomía.*

b. *El deseo de una persona de que un tercero o el propio Estado acabe con su vida, directa o indirectamente, en aquellos casos de gran sufrimiento físico y/o psíquico debe ser siempre mirado con compasión, y atendido con una actuación compasiva eficaz que conduzca a evitar los dolores y procurar una muerte en paz. Sin embargo, tal compasión no consideramos que legitime ética y legalmente una solicitud que, ni encuentra respaldo en una verdadera autonomía, atendido el contexto actual de los cuidados paliativos y sociosanitarios, ni, además, queda limitada en sus efectos al propio espacio*

privado del individuo.

c. *Legalizar la eutanasia y/o auxilio al suicidio supone iniciar un camino de desvalor de la protección de la vida humana cuyas fronteras son difíciles de prever (nos lo dicen nuestros amigos de Europa que se lo han encontrado), como la experiencia de nuestro entorno nos muestra.*

d. *Por otro lado, la eutanasia y/o auxilio al suicidio no son signos de progreso sino un retroceso de la civilización, ya que en un contexto en que el valor de la vida humana con frecuencia se condiciona a criterios de utilidad social, interés económico, responsabilidades familiares y cargas o gasto público, la legalización de la muerte temprana agregaría un nuevo conjunto de problemas.*

e. *La mirada compasiva con la que hemos insistido a lo largo del Informe que debe ser apreciada la solicitud del sujeto que pide la eutanasia y/o auxilio al suicidio creemos que ya está recogida normativamente en nuestro Código Penal, y ello explica que en España el ingreso en prisión por actos eutanásicos sea algo no solo insólito, sino desconocido en las últimas décadas.*

f. *La protección integral y compasiva de la vida nos lleva a proponer la protocolización, en el contexto de la buena praxis médica, del recurso a la sedación paliativa frente a casos específicos de sufrimiento existencial refractario. Ello, junto a la efectiva universalización de los cuidados paliativos y la mejora de las medidas y recursos de apoyo sociosanitario, con especial referencia al apoyo a la enfermedad mental y la discapacidad, debieran constituir, ética y socialmente, el camino a emprender de manera inmediata, y no la de proclamar un derecho a acabar con la propia vida a través de una prestación pública.*

g. *Lo dicho, además, cobra aún más sentido tras los terribles acontecimientos que hemos vivido pocos meses atrás, cuando miles de nuestros mayores han fallecido en circunstancias muy alejadas de lo que no solo es una vida digna, sino también de una muerte mínimamente digna. Responder con la eutanasia a la "deuda" que nuestra sociedad ha contraído con nuestros mayores tras tales acontecimientos no parece el auténtico camino al que nos llama una ética del cuidado, de la responsabilidad y la reciprocidad y solidaridad intergeneracional.*

BIBLIOGRAFIA

1. *Código de Deontología Médica. Guía de Ética Médica. Organización Médica Colegial de España. 2011.*
2. *https://www.actasanitaria.com/dimes_y_diretes/la-organizacion-medica- cgcom-no-considera-la-eutanasia-un-acto-medico/*
3. *https://www.redaccionmedica.com/secciones/sanidad-hoy/medicos- denuncian-no-haber-comparecido-en-el-debate-de-la-eutanasia-espana- cgcom-7233*
4. *Declaración de la Asociación Médica Mundial sobre la Eutanasia y el Suicidio con ayuda médica adoptada por la 70ª Asamblea General de la AMM, Tiflis, Georgia, octubre 2019.*
5. *http://www.comitedebioetica.es/documentacion/index.php*

LA EUTANASIA COMO ACTO MÉDICO

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la eutanasia como aquella *"acción del médico que provoca deliberadamente la muerte del paciente"*, resaltando su intención y resultado como actividad médica. En el contexto de la ley de la eutanasia, ésta se entiende como la provocación activa por parte de un profesional sanitario (en la práctica mayoritariamente un médico) de la muerte de un paciente que libremente la solicita motivada, en principio, por una enfermedad grave e incurable con corta esperanza de vida o con un sufrimiento físico o psíquico considerado insoportable.

Eutanasia significa, etimológicamente, buena muerte. Se trata de un concepto personal y elusivo. En función de a quién se pregunte, puede considerarse que la muerte es buena cuando no va acompañada de dolor físico o moral, cuando la autonomía del paciente se mantiene y se respeta hasta el último momento, cuando uno muere acompañado por sus seres queridos, cuando muere reconciliado con todos y con Dios si se es creyente, etc. En este sentido es lógico que una mayoría de la población se manifieste en las encuestas demoscópicas a favor de una muerte "digna" y a favor de la eutanasia si garantiza esas condiciones.

La aprobación de Ley Orgánica para la regulación de la eutanasia en España supone calificarla como un acto médico, provocando un conflicto entre la ley y el código de deontología médica vigente.

REGULACIÓN DEL CÓDIGO DE DEONTOLOGÍA MÉDICA

De acuerdo con el Capítulo II de Principios Generales del Código de Deontología Médica vigente de 2011, artículo 7:

7.1.- *Se entiende por acto médico toda actividad lícita, desarrollada por un profesional médico, legítimamente capacitado, sea en su aspecto asistencial, docente, investigador, pericial u otros, orientado a la curación de una enfermedad, al alivio de un padecimiento o a la promoción integral de la salud.*

Se incluyen actos diagnósticos, terapéuticos o de alivio del sufrimiento, así como la preservación y promoción de la salud, por medios directos e indirectos.

La eutanasia se encuentra explícitamente registrada en el Capítulo VII de Atención médica al final de la vida, artículo 36:

36.3.- *El médico nunca provocará intencionadamente la muerte de ningún paciente, ni siquiera en caso de petición expresa por parte de éste.*

CONSIDERACIONES

La actual ley convierte la eutanasia o el suicidio asistido en un derecho con prestación garantizada en el sistema sanitario. Pese a sus condiciones de aplicación de intención garantista, existe un riesgo de pendiente deslizante en las condiciones de acceso (edad, valoración de condiciones de sufrimiento, etc.), tal y como se ha comprobado en países donde la eutanasia está autorizada. Se ha demostrado que la soledad y el sentimiento de carga que suponen para sus familiares puede llevar a ancianos, enfermos crónicos y dependientes a considerar que su vida ya no tiene valor. La profesión médica no puede permitir que la causa por la que una persona decida solicitar terminar con su vida pueda ser la **ausencia de apoyo, de recursos sociosanitarios o de atención paliativa.** En ese contexto, el intervalo de 15 días para solicitar y confirmar la petición puede no ser suficiente en situaciones que impliquen un estado de ánimo cambiante.

El acto médico siempre se ha basado en una relación de confianza donde el paciente deposita en el médico el cuidado de su salud y éste tiene intención de curar, paliar y acompañar. Incluir en esta relación el pacto de una muerte intencionada puede suponer una **limitación de la confianza sostenida durante siglos por una profesión comprometida con no favorecer la muerte** bajo ningún concepto.

Se hace recaer sobre la profesión médica una responsabilidad que históricamente no le corresponde y para la que, en la práctica, no está capacitada (sin perjuicio de que cada médico pueda llegar a habilitarse técnicamente según su propia conciencia de acuerdo con las recomendaciones pendientes de desarrollo a nivel autonómico).

Pese a que la objeción de conciencia existe como condición ineludible de la ley, su enunciado supone violentar la conciencia colectiva de la profesión médica, máxime para actos que no son estrictamente médicos, aunque pudieran parecerlo. Además, existen dudas razonables sobre las condiciones de aplicación personal o institucional en centros privados o concertados, o acerca de la garantía del derecho a la intimidad de los solicitantes.

La eutanasia presenta un riesgo evidente de **deshumanización y freno del progreso de la medicina,** particularmente en relación con los últimos estadios de enfermedades hoy incurables.

En la teórica búsqueda de la máxima dignidad en el final de la vida, resolver sus conflictos de forma mecanicista puede reducir el valor de la vida a un bien de uso.

En conclusión, ayudar a bien morir aplicando medios terapéuticos al alcance del médico para evitar el sufrimiento sin prolongar la vida más allá de la que sería su evolución natural con procedimientos extraordinarios e inútiles es deontológicamente un acto médico y concuerda con la práctica de los cuidados paliativos. La eutanasia es provocar la muerte con una conducta activa encaminada a tal fin o con una conducta omisiva clínicamente no justificada, ya que de haberse llevado a cabo la actuación terapéutica sin emplear medios excepcionales habría supuesto salvar la vida del paciente; por tanto, no puede considerarse deontológicamente un acto médico y su ejercicio supone un conflicto con la normativa vigente.

BIBLIOGRAFÍA

1. *Razones del "no" a la Eutanasia. Associació Catalana d Estudis Bioétics (ACEB)*
2. *¿Es la eutanasia un acto médico? Enrique Villanueva. Octubre 2006*
3. *La despenalización de la eutanasia en España: 9 razones a favor y 9 respuestas. Diego Poole Dergui. Profesor Titular de Filosofía del Derecho. Universidad Rey Juan Carlos (Madrid).*
4. *Oposición a que la eutanasia sea un acto médico. 18-12-2020. Organización Médica Colegial (CGCOM).*

ATENCIÓN BIOPSICOSOCIAL Y ESPIRITUAL EN EL FINAL DE LA BIOGRAFÍA: LOS CUIDADOS PALIATIVOS

"Cuando tu miedo toca el dolor del otro, se convierte en lástima; cuando tu amor toca el dolor del otro, se convierte en compasión" (Levine).

VULNERABILIDAD Y DEPENDENCIA EN EL SER HUMANO

La vulnerabilidad, la interdependencia y la soledad existencial son compañeras inseparables a lo largo de nuestro trayecto vital, lo mismo que el dolor, el miedo, el sufrimiento, el deterioro y la muerte. La condición esencial de la naturaleza humana individual es la **indefensión** con la que nacemos y que nos acompaña a lo largo de nuestra existencia hasta la muerte; influye decisivamente en la forma de relacionarnos con los demás y condiciona la formación de estructuras sociales que son nuestro sostén permitiendo satisfacer las necesidades del individuo mediante la interrelación de éste con su entorno.

La indefensión es un rasgo fundamental en el principio y en el final de nuestras vidas. Quizás, frente a la fórmula habitualmente utilizada de "final de vida", sería más adecuado, como seres humanos que somos, hablar de **"final de biografía"**, momento clave de nuestra existencia, en el que todas nuestras necesidades básicas (físicas, emocionales, sociales y espirituales) se muestran en toda su desnudez, están más comprometidas y deben ser mejor atendidas; es el momento en el que necesitamos vínculos que nos sostengan mediante un acompañamiento cálido y pleno de empatía y cuidados. Es en este momento final donde se hace más imperiosa la necesidad de rehumanizar el proceso, tal como reclama la dignidad intrínseca de todo ser humano.

El **modelo biopsicosocial** de G. Engel[1], que llegó en 1977 para quedarse y sustituir al antiguo modelo médico tradicional, tiene en cuenta todas las esferas de la persona necesarias para entender y atender de forma correcta su enfermedad y discapacidad, pero también su salud. Es en el contexto de las enfermedades crónicas y la atención al final de la vida, donde el modelo biopsicosocial/espiritual adquiere un especial protagonismo, siendo el paradigma de los cuidados paliativos.

LOS CUIDADOS PALIATIVOS: ¿EXISTE UN ACCESO UNIVERSAL?

Los cuidados paliativos se definen como el enfoque de mejora de la calidad de vida de pacientes y familias que se enfrentan a enfermedades amenazantes para la vida, a través de la prevención y el alivio del sufrimiento mediante la identificación temprana, evaluación impecable y tratamiento del dolor y otros problemas físicos, psicológicos, sociales y espirituales[2].

La **atención es global en todas las dimensiones del individuo y sus cuidadores,** con el objetivo de ayudar a obtener el mayor grado de bienestar posible, ofreciendo no solo soluciones técnicas, sino también asistenciales y de acompañamiento/presencia continuada durante la enfermedad y en el duelo. Todo ello se lleva a cabo mediante la estrecha colaboración de equipos multidisciplinares formados por profesionales sanitarios (médicos, enfermeros y auxiliares, psicólogos, trabajadores sociales, fisioterapeutas, etc.) y otros como terapeutas ocupacionales, asesores espirituales, expertos en ética, voluntarios… El enfoque integral de los cuidados paliativos valora y atiende las necesidades que el paciente tiene, reconociendo y respetando sus valores o creencias culturales; afirma la vida con respeto para ayudar a vivirla con dignidad hasta la muerte, que es considerada un proceso natural del ser humano: el final de su biografía.

En España, el 75% de la población que muere cada año lo hace a causa de una o varias condiciones crónicas evolutivas (el 60% de los pacientes con cáncer y el 30-60% con otras enfermedades avanzadas) que requerirán cuidados paliativos especializados[3]. Según recoge el "Atlas de cuidados paliativos en Europa 2019"[4], España dispone de 0,6 servicios de cuidados paliativos especializados por cada 100.000 habitantes. Dado que las recomendaciones internacionales son 2 por cada 100.000 habitantes, **la cobertura de los cuidados paliativos en España no alcanza el 50 %**. Eso supone que alrededor de 75.000 pacientes fallecen con un sufrimiento evitable, para ellos y sus familiares. La Estrategia de Cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud publicada en 2007 por el Ministerio de Sanidad (revisada y actualizada en 2014) que prometía las bases para aplicarlos en el territorio español, no ha cumplido el desarrollo global pues quedó paralizada y existen aún graves deficiencias que impiden que todos los ciudadanos que lo necesiten tengan garantizada una atención paliativa de calidad.

Por otra parte, las diferentes **legislaciones autonómicas** como la de Baleares en su

Ley 4/2015, de 23 de marzo, de derechos y garantías de la persona en el proceso de morir[5] asumen la garantía del derecho de todas las personas a recibir cuidados paliativos y los deberes del personal sanitario que atiende a los pacientes en el proceso de morir, así como las obligaciones de las instituciones sanitarias, públicas o privadas, y la igualdad efectiva (sin discriminación) en el acceso a los servicios. Su desarrollo se encuentra también limitado.

La **Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL)** reclama desde hace muchos años las medidas necesarias para la prestación con criterios de igualdad y homogeneidad entre las que se incluyen: reconocimiento de la especialidad, formación de profesionales en pregrado y postgrado, creación de planes regionales en todas las comunidades autónomas, apoyo a las estructuras básicas (atención primaria) para proporcionar dicha atención en la comunidad, reconocimiento y alivio de la carga de los cuidadores (permisos laborales y ayudas a la dependencia) y, en definitiva, dotación presupuestaria suficiente. Sin olvidar que todo ello supondría, según demuestran numerosos estudios, un gran ahorro económico para el sistema público de salud, al adecuar las medidas diagnóstico-terapéuticas a la situación de pacientes con enfermedades avanzadas.

EUTANASIA Y SUFRIMIENTO

La **eutanasia, en el ámbito de los cuidados paliativos, es una petición infrecuente** (la solicitan entre un 0,6 y 2,3% de los pacientes según las series) y los motivos para dicha petición están relacionados casi siempre con un sufrimiento físico o existencial; estas muestras de sufrimiento del paciente merecen un profundo respeto por parte del equipo sanitario, con actitud de escucha y acompañamiento, grandes dosis de humildad, respeto, honestidad, solidaridad, coraje, prudencia y, sobre todo, compasión, que es el compromiso de cuidado cuando existe sufrimiento.

Cuando un paciente solicita la muerte, en realidad está pidiendo "vivir de otra manera, morir sin sufrimiento", acabar con una serie de condicionantes (dolor y otros síntomas físicos, soledad no deseada, sentimientos de desesperanza, agotamiento vital, pérdida de la capacidad para realizar tareas cotidianas, depresión, percepción de pérdida de dignidad o suponerse una carga para sus familiares/cuidadores, miedos, etc.) que hacen su vida demasiado dura. Por tanto, la petición de eutanasia realmente expresa una demanda de ayuda para una serie de necesidades no cubiertas y que han conducido a la persona enferma a ese estado físico y psicológico. Por otro lado, **aliviar el sufrimiento en el final de la vida debería ser un derecho universal,** pero la realidad es que aún hoy día muchas personas fallecen en situaciones deplorables con sufrimientos innecesarios y evitables. Es probable que, aun disponiendo de recursos paliativos, existan casos excepcionales de personas que soliciten la eutanasia y que deberían ser tratadas con el mismo respeto. Plantear la eutanasia cuando no existe un acceso universal a los cuidados paliativos no es ofrecer una alternativa con las mismas posibilidades para el cuidado de enfermedades graves e incurables, no es justicia social y puede convertirse en una mera competidora. Los cuidados paliativos constituyen la mejor manera existente y probada de ayudar a morir al enfermo, una solución médica idónea para aliviar su sufrimiento atendiendo a las razones y causas que lo producen.

En definitiva, si el alivio del sufrimiento se ha recogido como un derecho y la aplicación de cuidados paliativos también, deberíamos preguntarnos: ¿por qué pasar por alto la atención paliativa en aras de la eutanasia?; ¿son razones económicas, sociales, políticas o básicamente simplistas que olvidan el deber de humanizar las condiciones de la muerte?; ¿tendremos que aceptar que un paciente solicita la eutanasia porque la atención y el sistema han fallado?

Eutanasia no es equivalente a aliviar el "sufrimiento insoportable que no puede ser aliviado en condiciones que considere aceptables" como dice la ley, como si la única opción para dejar de sufrir cuando se padece "una enfermedad grave e incurable" o "una enfermedad grave, crónica e invalidante" fuera dejar de vivir. Se va a garantizar este derecho a la eutanasia, pero no el derecho a recibir cuidados paliativos. En tal caso, ¿qué pasará con los miles de personas que necesitan cuidados paliativos y los aceptan, pero no los reciben?: asegurar que los reciban también sería garantizarles un final de vida digno.

La sensibilidad política con respecto al sufrimiento recogida por nuestros representantes y plasmada en la Proposición de Ley Orgánica de regulación de la eutanasia corre el riesgo de tener una orientación equivocada: no debería tratarse de acabar con el sufrimiento eliminando a la persona, quizás el camino más drástico y fácil, sino enfrentarlo con compasión (reconocer el sufrimiento, conmovernos y tener la intención de paliar las causas del mismo, mirando a la persona con respeto) y atender a la vida biográfica y no sólo a la vida biológica.

Aprobar una ley de eutanasia en el actual contexto de déficit de prestación de cuidados paliativos podría privar a las personas de una atención integral biopsicosocial cuando más lo necesitan y a la que tienen derecho, y este hecho sería éticamente reprobable y rechazable desde el punto de vista de la deontología.

Tanto SECPAL como AECPAL (Asociación Española de Enfermería en Cuidados Paliativos) afirman que *"no es posible hablar de atención digna ni de muerte digna cuando no está garantizado que las personas puedan decidir DÓNDE, CÓMO y CON QUIÉN morir. Sólo CUÁNDO morir"*.

BIBLIOGRAFÍA

1. *Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. Science, 196: 129-136.*
2. *WHO Definition of Palliative Care. Disponible en: www.who.int/cancer/palliative/definition/en.*
3. *Gómez-Batiste X, Pascual A, Espinosa J, Caja C. Diseño, implementación y evaluación de programas públicos de cuidados paliativos. Med Clin (Barc) 2010;135:179-85.*
4. *Arias-Casais N, Garralda E, Rhee JY, Lima L de, Pons JJ, Clark D, Hasselaar J, Ling J, Mosoiu D, Centeno C. EAPC Atlas of Palliative Care in Europe 2019. Vilvoorde: EAPC Press; 2019.*
5. *https://www.boe.es/buscar/pdf/2015/BOE-A-2015-4332-consolidado.pdf*

LA OBJECIÓN DE CONCIENCIA.

Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia.

Artículo 16. Objeción de conciencia de los profesionales sanitarios.

1. Los profesionales sanitarios directamente implicados en la prestación de ayuda para morir podrán ejercer su derecho a la objeción de conciencia. El rechazo o la negativa a realizar la citada prestación por razones de conciencia es una decisión individual del profesional sanitario directamente implicado en su realización, la cual deberá manifestarse anticipadamente y por escrito.

2. Las administraciones sanitarias crearán un registro de profesionales sanitarios objetores de conciencia a realizar la ayuda para morir, en el que se inscribirán las declaraciones de objeción de conciencia para la realización de la misma esta y que tendrá por objeto facilitar la necesaria información a la administración sanitaria para que esta pueda garantizar una adecuada gestión de la prestación de ayuda para morir. El registro se someterá al principio de estricta confidencialidad y a la normativa de protección de datos de carácter personal.[1]

LA OBJECIÓN DE CONCIENCIA DEL MÉDICO

La objeción de conciencia es un mecanismo que usa el objetor para ejercer su derecho a la libertad de conciencia. Sería la razón o el argumento ético o religioso al que acude el objetor para no cumplir una disposición legal (por ejemplo, el servicio militar) o acto de tipo sanitario (como el aborto o la eutanasia). Pero la objeción de conciencia podría considerarse no solo un derecho, sino también una obligación de la persona: la obligación de actuar de manera sincera consigo misma.

La objeción de conciencia profesional es la negativa a cumplir un cometido profesional exigido por la ley o por algún reglamento o protocolo institucional, o impuesto por las autoridades legítimas, aduciendo para ello razones morales o de conciencia[2]. No necesariamente cuestiona la legitimidad de la ley o de la norma, sino su aplicación concreta por cuestiones estrictamente morales.

La objeción de conciencia médica surge del conflicto que se produce cuando hay un choque entre el deber moral de un profesional de seguir los dictados de su conciencia y el deber normativo que ese profesional tiene de prestar una determinada asistencia[3]. El objetor siente un rechazo moral profundo hacia los actos a los que en conciencia se opone, de tal modo que realizarlos traicionaría su propia identidad y principios.

En España no está regulada por ley, salvo en el caso del servicio militar, y además la jurisprudencia al respecto no es unánime. Sin embargo, actualmente existe un amplio acuerdo en considerar la objeción de conciencia como un derecho constitucional, como una manifestación del derecho a la libertad de conciencia que se recoge en el artículo 16 de la Constitución Española. En el ámbito de la profesión médica, el concepto se encuentra recogido en el vigente Código de Deontología Médica (2011), en su Capítulo VI, artículos 32 a 35[4]. Por otra parte, la Asociación Médica Mundial en su Declaración sobre la eutanasia y suicidio con ayuda médica adoptada por la 70ª Asamblea General en Tiflis, Georgia, en octubre de 2019 habla de que *"Ningún médico debe ser obligado a par-*

ticipar en eutanasia o suicidio con ayuda médica, ni tampoco debe ser obligado a derivar un paciente con ese objetivo"[5]. La objeción de conciencia médica está ampliamente reconocida en la legislación de los países donde está autorizada la eutanasia.

La sociedad actual, como signo de madurez cívica y de progreso moral, acepta la objeción y no es admisible que existan represalias o discriminación por tal causa. En los centros de trabajo la objeción de conciencia no debe suponer una ventaja ni una desventaja para el médico que objeta, y no debe dar lugar a castigos, marginación o discriminación. Por otra parte, el médico no debe utilizar su objeción de conciencia para reducir su carga de trabajo o evitar labores molestas; su integridad le llevará a mantener la misma posición tanto si se encuentra en el ámbito de atención público como privado.

Tal como se recoge en el Código de Deontología[4], la objeción rechaza una determinada acción, pero eso nunca supondrá el rechazo a las personas que demandan esa acción. Del mismo modo que el médico objetor merece respeto por su posicionamiento moral, también el paciente debe ser respetado en sus peticiones. Por ello, el médico objetor nunca desatenderá al paciente y su actitud debe ser colaborativa a la hora de transferir la información a otro médico o a otro centro donde sus requerimientos puedan ser satisfechos.

La existencia en los centros de trabajo de médicos objetores no debe ser incompatible con la actividad habitual de los servicios, puesto que ya ocurre con otras actividades (no todos los médicos de una misma especialidad realizan todas y cada una de las actividades posibles dentro de ella). Sí parece recomendable que aquellas personas que saben que van a objetar una determinada práctica, tengan una vía de comunicación abierta con los colegios profesionales y/o con sus responsables en los centros sanitarios, en este último caso con el fin de llevar a cabo las modificaciones necesarias en la organización del trabajo que permitan una atención adecuada a los pacientes. El hecho de definir su postura no debe conllevar, como ya se ha referido, un perjuicio para el médico objetor ni deben quedar por ello mermadas sus oportunidades laborales.

POSIBLES PROBLEMAS EN RELACIÓN CON LA OBJECIÓN DE CONCIENCIA EN LA APLICACIÓN DE LA NUEVA LEY ESPAÑOLA.

El rechazo o la negativa a realizar la citada prestación por razones de conciencia es una decisión individual del profesional sanitario directamente implicado en su realización.

Se plantea la objeción de conciencia únicamente como decisión del individuo, por lo que no quedaría recogida la posibilidad de objeción de conciencia por parte de una institución, por ejemplo, un hospital, clínica o residencia que por su filosofía o creencias no quieran incluir la prestación de la eutanasia y el suicidio asistido dentro de su cartera de servicios. En el caso de instituciones que reciban fondos públicos para su financiación, podría darse el caso de que dicha objeción de conciencia pudiera ser utilizada por parte de la Administración para la retirada de dichos fondos o su no renovación.

… deberá manifestarse anticipadamente y por escrito.

Plantea el problema de la objeción sobrevenida. En este caso, inicialmente el médico no es objetor, pero en el curso del proceso surge algo que le genera un conflicto de conciencia y que no puede resolver de otro modo. ¿Qué ocurrirá en estos casos?, ¿se podrá acusar al médico de no cumplir la ley?, ¿quedará desamparado el médico?

Considerando que la ley no especifica tal extremo, la posición de los Colegios de Médicos debería ser clara en cuanto a apoyar a aquellos médicos que quieran acogerse a la objeción de conciencia, sea cual sea el momento en el que lo decidan. En todo caso, el médico nunca dejará al paciente desatendido y le ofrecerá su ayuda tanto en el plano científico como humano de modo que el paciente no se sienta abandonado.

Las administraciones sanitarias crearán un registro de profesionales sanitarios objetores de conciencia a realizar la ayuda para morir…

Puede ser adecuado que los facultativos acudan a su Colegio para que quede registrada de manera formal su posición respecto a ciertas prácticas en un entorno de confidencialidad. Pero ¿es éticamente correcto realizar desde la administración un registro de profesionales sanitarios objetores? Según el Código Deontológico vigente, por principio todos los médicos deberían ser objetores en cuanto a la eutanasia y al suicidio asistido;

dado que según la nueva ley la eutanasia y la ayuda al suicidio son reconocidas como prácticas legales, se podría considerar adecuado que los empleadores solicitaran saber qué médicos estarían dispuestos a llevar a cabo tal prestación en cada centro de trabajo. Si la justificación para llevar a cabo tal listado es ***"facilitar la necesaria información a la administración sanitaria para que esta pueda garantizar una adecuada gestión de la prestación de ayuda para morir"***, igualmente podría ser útil un listado en el que quedaran incluidos aquellos médicos dispuestos a realizar la prestación que se ha dado en llamar "ayuda a morir".

Cabe plantearse si la administración puede obligar a los médicos a hacer público su posicionamiento personal en cuanto a una cuestión tan éticamente discutible como es la eutanasia y el suicidio asistido, teniendo en cuenta que nuestra Constitución dice, en su artículo 16, que "nadie podrá ser obligado a declarar sobre su ideología, religión o creencias". Tal vez la única solución ética y legalmente aceptable sea informar exclusivamente del **número de profesionales** objetores o proclives a realizar la prestación, sin aportar dados sobre su identidad.

BIBLIOGRAFÍA

1. *Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia. Boletín Oficial del Estado núm. 72, de 25 de marzo de 2021, pp. 34037 a 34049*
2. *Altisent R, De Lorenzo R, González-Fandós R, Gracia D, Monzón JL, Rodríguez Sendín JJ et al. Ética de la objeción de conciencia en Guías de Ética en la Práctica Médica. Fundación Ciencias de la Salud. Madrid 2008.*
3. *Declaración de la Comisión Central de Deontología sobre la Objeción de Conciencia. Junio 2009.*
4. *Código de Deontología Médica. Guía de Ética Médica. Organización Médica Colegial de España. 2011.*
5. *Declaración de la Asociación Médica Mundial sobre la Eutanasia y el Suicidio con ayuda médica adoptada por la 70ª Asamblea General de la AMM, Tiflis, Georgia. Octubre 2019.*

REFLEXIONES FINALES

La nueva ley de eutanasia va a tener repercusiones importantes en la profesión médica. Producir deliberadamente la muerte de los pacientes no ha sido clásicamente un acto médico; bien al contrario, la profesión médica ha mantenido durante milenios en su juramento el compromiso de no precipitarla, ni siquiera cuando esta es solicitada explícitamente por el paciente. Es probable que la aplicación de esta ley introduzca **cambios en la relación médico-paciente**, así como entre la profesión médica y la sociedad en su conjunto, aunque posiblemente será a largo plazo cuando las consecuencias sean más evidentes. Cabría plantearse si el paciente perderá la confianza o incluso llegará a temer a su médico. Por otra parte, una vez que un médico llevado por buenas intenciones traspase por primera vez el límite y lleve a cabo una eutanasia, es probable que algo cambie en él o ella, facilitando la repetición del procedimiento en el futuro (tal y como se ha demostrado que ocurre en otros países). En último término es posible que, como consecuencia a medio y largo plazo, disminuyan los esfuerzos en investigación que se dirigen hacia enfermedades en fases avanzadas o actualmente incurables.

En España, la colegiación de los médicos es obligatoria. Los colegios de médicos aglutinan a un colectivo de profesionales que no es homogéneo en muchas y diferentes cuestiones, entre ellas su posicionamiento en relación con la eutanasia. Ambos grupos, aquellos a favor y en contra de la aplicación de la ley de la eutanasia, deben convivir bajo el paraguas colegial. Es probable que esta ley conlleve una **modificación del código** que recoge las normas que los médicos nos damos, el Código de Deontología Médica, por cuanto no podrán ser castigadas prácticas que se encuentran legalmente amparadas. Aun así, consideramos que el código debe seguir recogiendo que la profesión médica mantiene como deber estar *"al servicio del ser humano y de la sociedad, respetar la vida humana, la dignidad de la persona y el cuidado de la salud del individuo y de la comunidad."* Un punto de especial importancia será la potencial consideración de la eutanasia como acto médico más allá de su reconocimiento como prestación sanitaria recogida en la cartera de servicios.

Es importante que **desde los colegios se ofrezca información tanto a los médicos como a la sociedad** en general. Debe quedar claro lo que significan conceptos como adecuación del esfuerzo terapéutico, cuidados paliativos y eutanasia, puesto que no son similares ni intercambiables. La adecuación del esfuerzo terapéutico consiste en la de-

cisión, meditada y basada en criterios rigurosos, de no aplicar medidas extraordinarias o desproporcionadas para la finalidad terapéutica que se plantea en un paciente con mal pronóstico vital y /o mala calidad de vida, siendo éticamente equivalente no iniciar determinadas medidas o retirarlas si ya están instauradas. Los cuidados paliativos tienen como objetivo mejorar la calidad de vida de pacientes y familias que se enfrentan a enfermedades en estado terminal; se basa en un enfoque integral y abarca desde el acompañamiento o el alivio del dolor hasta la sedación paliativa o la posterior ayuda en el duelo. La eutanasia tiene como fin provocar la muerte de forma intencionada mediante la administración de fármacos en una persona que cumple una serie de requisitos legales, comenzando por la solicitud voluntaria y libre.

La limitación proporcionada del esfuerzo terapéutico es considerada buena práctica médica opuesta al encarnizamiento. Los cuidados paliativos son actos médicos aceptados desde el punto de vista de la ética y la deontología, pero, a pesar de ello, la falta de medios en España hace que lleguen solo a aproximadamente la mitad de las personas que los necesitan. Por contra, a partir de ahora el acceso a la eutanasia deberá estar garantizado por ley en todo el territorio español a través de los mecanismos de desarrollo de la ley que se determinen en cada comunidad autónoma.

Se debe ofrecer información a los médicos en cuanto a la posibilidad de la **objeción de conciencia**. Los Colegios deberán mantenerse alerta en cuanto a los posibles problemas que pueda acarrear la aplicación de la ley, tanto en relación con aquellos que acepten llevar a cabo la práctica de la eutanasia bajo los requisitos que la ley acepta, como para los objetores, cuyos derechos no deben ser vulnerados (libertad de conciencia y derecho a la protección de la intimidad en relación con los registros que la ley plantea).

El **colectivo médico no ha sido tenido en cuenta para la elaboración de la ley** a pesar del decisivo papel que reserva a los profesionales médicos; partiendo de esto, cabría plantearse si los colegios deben o no estar presentes y formar parte de los equipos que desarrollen la normativa autonómica de esta ley. Posteriormente, llegado el punto de su entrada en funcionamiento, y con el objetivo de que la aplicación sea ajustada a la ley, deberá debatirse si se considera oportuna la integración de representantes colegiados de diferentes opiniones o sensibilidades en las Comisiones de Garantía y Evaluación.

A modo de conclusión, consideramos que la eutanasia no es desde el punto de vista deontológico un acto médico, aunque tras la promulgación de la nueva ley es un acto que puede ser llevado a cabo por médicos. La eutanasia no debe ser planteada como el modo de conseguir una muerte digna; la dignidad es intrínseca al individuo y éticamente no debe ser instrumentalizada. Además, existen conductas médicas plenamente aceptadas por la profesión y deontológicamente correctas, como son la adecuación del esfuerzo terapéutico y los cuidados paliativos, que pueden ayudar a los pacientes en el final de sus vidas. Debemos estar especialmente vigilantes para no aceptar que la falta de medios económicos, de apoyo social o de cuidados paliativos sean motivos que puedan empujar a nuestros pacientes a solicitar la eutanasia.

Col·legi Oficial de Metges
Illes Balears