

Jornada ‘La voz de los médicos ante el silencio: Proposición de ley orgánica de eutanasia’

El Presidente del Consejo General de Colegios Médicos de España (CGCOM), Serafín Romero, y destacados expertos en deontología médica manifiestan los motivos de la oposición de la profesión médica a la ‘Proposición de ley orgánica reguladora de la eutanasia’, aprobada por amplia mayoría en el Congreso de los Diputados el 17 de diciembre de 2020 y pendiente de trámite en el Senado. Estos expertos participaron en la jornada virtual ‘La voz de los médicos ante el silencio: Proposición de Ley Orgánica de Eutanasia’, organizada por el *Consejo Andaluz de Colegios Médicos (CACM)* el 16 de diciembre (*).

La ley es “innecesaria, injustificada, poco democrática -al evitar trámites consultivos y de participación social y profesional-, falsa y tramposa”, dicen los expertos convocados. Se intitula de eutanasia, pero va más allá y comprende además el ‘suicidio asistido’ aunque no lo menciona con estas palabras (artículos 3.g.2ª y 11: *la sustancia que el propio paciente se autoadministrará*).

Será de aplicación a todas las personas, físicas y jurídicas, públicas y privadas. La objeción de conciencia se restringe, sólo podrá ser individual, no del centro -independientemente de su confesión o ideario-, y ejercida únicamente por *implicados directamente* “en la prestación de ayuda para morir” (*artículo 16.1*). La Disposición Adicional Primera expresa que la muerte provocada por estos procedimientos “tendrá la consideración legal de **muerte natural a todos los efectos**”. El Gobierno aceleró el proceso de aprobación en el Congreso, sin invitar a representantes de médicos y enfermeros. Su texto expresa que se trata de una “ayuda médica para morir” incluida en el sistema de *salud*, con financiación pública. Técnicamente es además una ley defectuosa, pues no define la eutanasia ni el suicidio asistido.

ADS. En una jornada virtual convocada por el *Consejo Andaluz de Colegios Médicos* el día anterior a la aprobación en el Congreso de los Diputados de la *Proposición de Ley Orgánica de regulación de la eutanasia*, el presidente del CGCOM, **Serafín Romero**, subrayó que los principios universales de la ética médica, los de la *Asociación Médica Mundial* y el Código deontológico médico de España impiden al profesional de la Medicina provocar intencionalmente la muerte de un paciente, ni siquiera por petición de éste en un documento de voluntades anticipadas.

Enrique Villanueva Cañadas, catedrático de Medicina Legal de la Facultad de Medicina de la Universidad de Granada, dijo que “los médicos nos en-

contramos en una encrucijada, probablemente la más grave de la medicina española y también mundial. Tenemos la fortuna de tener al frente del timón a Serafín Romero, que ha demostrado su planteamiento fundamental sobre la Medicina y la tarea de ésta desde hace siglos, los médicos sabemos con claridad cuál es: curar, aliviar y ayudar”.

La ley que se aprueba “ominosamente mañana nos trae un problema que resolver. Decía un filósofo que no hay una razón ética para obedecer el Derecho, pero sí para desobedecerlo. ¿Qué debemos hacer los médicos ante una ley que es injusta, que es dudosamente democrática y que no responde a la primera obligación que tiene un legislador? ¿Qué necesidad tiene esta ley?”.

(*) Participaron en la jornada los doctores Antonio Aguado, presidente del CACM; Serafín Romero, presidente del CGCOM; y destacados expertos que formaron parte de la Comisión de Deontología del CGCOM como los catedráticos de Medicina Legal Enrique Villanueva y María Castellano. También intervino el especialista en cuidados paliativos Marcos Gómez Sancho, el presidente del Comité de Bioética del Colegio de Médicos de Sevilla y vocal de la Deontológica del CGCOM, José María Rodríguez Roldán, y el letrado del CACM, Manuel Pérez Sarabia. El presidente de la Comisión Andaluza de Deontología Médica, Ángel Hernández Gil, expuso las conclusiones de la jornada.

“Las necesidades a las que se alude en la exposición de motivos son falsas cuando dice que responde a una demanda sostenida y actual de la sociedad española con respecto a la eutanasia. El CIS no se ocupa de este asunto desde el 2009. Hay otras encuestas recientes pero no oficiales. No se puede decir que tengamos una encuesta de los españoles sobre esta cuestión”.

Villanueva afirma que lo importante en las encuestas no son tanto las respuestas, sino las preguntas: “No me creo que el 68 por ciento esté de acuerdo con la eutanasia. No me lo creo”.

Esta ley es “técnicamente un bodrio, tiene defectos en todas las definiciones, no concreta quiénes son los profesionales sanitarios que van a intervenir. Otro problema son los capítulos en blanco, como el relativo a los protocolos (que deberá elaborar el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud); ¿cómo se va a articular? ¿Quién va a formar parte de la Comisión de Garantías?”.

En esas comisiones habrá médicos y juristas: “Depende de cómo se elijan esos miembros, sus decisiones pueden ir en una dirección o en otra”. Sobre la objeción de conciencia critica que la Proposición de ley contemple un registro de objetores, “cuando lo lógico sería al revés”.

Ley innecesaria y poco democrática

El profesor Villanueva precisa que la Proposición de ley de eutanasia:

- *Es una ley innecesaria, la necesidad de la población es morir con asistencia sanitaria sin dolor, sin angustia y con médicos cualificados.*

- *Es una ley inoportuna, que en este momento de tanto dolor por las consecuencias de Covid 19 haya personas que se encuentren con una solución como ésta, es deplorable.*

- *Es ley poco democrática porque no ha seguido los filtros consultivos y participativos. No se ha solicitado informe al Comité de Bioética de España, ni tampoco a otros órganos como el Consejo de Estado o el Consejo General del Poder Judicial.*

- *Es una ley tramposa, se hace trampas en la misma definición de la ley porque regula por un lado la eutanasia y por otro el suicidio asistido. Al final, se trasladará al médico la decisión, pues ahí habrá discrepancia sobre si estamos o no ante esas circunstancias.*

- *También es tramposa la definición de enfermedad grave o crónica y la interpretación de lo que es para cada uno la dignidad y calidad de vida.*

- *La ley es tramposa porque habla de la objeción de conciencia voluntaria, pero claro, siempre y cuando estemos en esa lista y demos explicaciones de por qué objetamos. La objeción de conciencia no es regulable porque si la regulan yo objeto contra la regulación. El médico objeta en función de una situación que le repugna, que es indigna.*

De otro lado, el catedrático de Medicina Legal informa que **contemplar la eutanasia como un acto médico es gravísimo**, “aquí está la encrucijada”.

“Hay razones más que suficientes para desobedecer esa ley, es una ley poco realista, muchos no van a estar de acuerdo en aplicarla, va a topar con el rechazo de los médicos, con el de los jueces, con el Tribunal Constitucional, y hasta con el de los propios pacientes porque la burocracia que contempla es de tal magnitud que va a ser imposible aplicarla”. Para el profesor Villanueva, el problema es de recursos y no de ley.

Sedación en la agonía

Sobre la sedación en la agonía, el presidente del CGCOM, **Serafín Romero**, dijo que sólo puede aplicarse cuando existan síntomas refractarios si existe consentimiento del paciente. Procedió a la lectura del artículo 36 del Código de Deontología Médica, que se dedica a la ‘atención médica al final de la vida’ y define los límites éticos y deontológicos del comportamiento profesional en situaciones de sufrimiento y agonía del enfermo.

El primer apartado de este precepto dice que “El médico tiene el deber de intentar la curación o mejoría del paciente siempre que 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”.

Y el artículo 36.2, que expresa que el médico debe rechazar la obstinación terapéutica y tener en cuenta la voluntad del paciente que rechaza el tratamiento para prolongar la vida.

El 36.3 reza que “el médico nunca provocará intencionadamente la muerte de ningún paciente, ni siquiera en caso de petición expresa por parte de éste”. Y el 36.4 dice que el médico está obligado a atender las peticiones del paciente reflejadas en el documento de voluntades anticipadas siempre que no vayan contra la buena práctica médica.

Es necesaria una ley de cuidados paliativos

Serafín Romero explica que “la *Declaración de Melilla* del 2018 contiene el posicionamiento del CGCOM. Nos hemos reafirmado en algún foro sobre el respeto de la vida humana, y hemos puesto el acento en las desigualdades autonómicas. **Necesitamos una ley de cuidados paliativos que regule los condicionantes sociales de los enfermos con gran discapacidad y sufrimiento insoportable**, para que no haya insuficiencia de apoyo ni de recursos. Esta petición la hemos realizado desde el *Observatorio de Atención al Final de la Vida* del CGCOM, que defendemos y reiteramos”.

“No hemos sido invitados a participar en el Congreso -tampoco los profesionales de la enfermería, dice el Dr. Romero- en relación con el debate del denominado ‘derecho a morir’, y nos llama la atención que el Comité de Bioética de España no haya sido consultado”.

El Presidente del CGCOM invita a reflexionar sobre el impacto que esta ley tendrá en el ejercicio de la medicina y a no dar la espalda al debate de esta cuestión, a realizar recomendaciones y analizar la objeción de conciencia, ya que la Proposición de ley contempla el registro de objetores.

Otros interrogantes que surgen, según Romero son ¿quién será el médico responsable? ¿Qué documentación médico legal habrá sobre la eutana-

sia? ¿Cuál es el papel del médico en las Comisiones de control o valoración? ¿Qué médicos son?”.

María Castellano, catedrática de Medicina Legal con amplia trayectoria como miembro de Comisiones Deontológicas del CGCOM y del Consejo Andaluz de Colegios Médicos, incide en que el principio de autonomía ha transformado la relación clásica y ancestral de la relación médico-paciente”.

“El principio de autonomía lo impregna todo (...), y en el S. XXI, con el principio de justicia se introducen corrientes de opinión que relativizan el valor de la vida humana con la despenalización del aborto. A esto ha seguido una crisis social de actuación al final de la vida, para poner fin a la vida humana mediante un acto concreto. Esas conductas se califican como compasivas, para ponerse en lugar del enfermo, y, lo que aún es más erróneo, para mitigar el dolor y el sufrimiento”.

La privatización del ‘servicio’

“Las propuestas legales quieren que se considere acto médico, y esto es lo más opuesto a ello”, dice Castellano, quien afirma que donde está despenalizada la eutanasia se aplica a las personas más vulnerables: “Con la eutanasia pasará lo mismo que con el aborto. En el caso de despenalización, los médicos debemos debatir y dejar claro qué conductas serían absolutamente inaceptables”.

María Castellano concluye expresando que “se corre el riesgo de ofrecer la eutanasia como una prestación pública; como el aborto va a conllevar la derivación de esta actuación, no acto médico, al ámbito privado, donde quienes la practican ponen en evidencia el ánimo de lucro como justificación y objeto de este servicio”.

Actualización de la Guía de Sedación Paliativa

Marcos Gómez Sancho, médico anestesiólogo especializado en cuidados paliativos, anunció que se acaba de actualizar la *Guía de la Sedación Paliativa*, “guía del CGCOM y de la *Sociedad Española de Cuidados Paliativos* que es la más utilizada de España y la quinta más utilizada de Europa, de modo que

es la más aconsejable a la hora de tomar decisiones al final de la vida”.

Este ponente pone el acento en la necesidad de la atención sociosanitaria a mayores, de recursos paliativos y de formación de profesionales en cuidados paliativos. Relató el caso reciente de un suicidio asistido en España en abril de 2019, mediático, en el que **la mujer que se suicida con ayuda del marido lleva esperando 10 años una plaza** en el sistema sociosanitario público (caso *Ángel Hernández y María José Carrasco*; ésta padecía ELA desde hace 30 años con una dependencia del 82 por ciento). “Murió esperando algo que nunca tuvo y que a todas luces tenía todo el derecho”, dice el paliativista.

El fracaso del modelo sociosanitario y de los cuidados paliativos en España

“En España faltan 70.000 camas sociosanitarias para crónicos, cada año mueren 50.000 enfermos en una siniestra lista de espera esperando plaza en un centro sociosanitario (160 cada día). Se mueren esperando algo a lo que tendrían todo el derecho del mundo. Hemos normalizado que se trate de una población que agonice. Es así. Es prácticamente imposible conseguir una cama en un centro sociosanitario público”.

La *Fundación Luzón* ha manifestado que sólo el 6% puede permitirse el lujo de cuidadores al final de la vida. El 94 % está desasistido, sin recursos para su debida atención. **Más de 74.000 personas mueren esperando cuidados paliativos y no los reciben.** Se habla del derecho a decidir, “pero estos desdichados no podrán elegir cuidados paliativos porque nada más van a tener acceso a la eutanasia”.

“El mismo SALVADOR PANIKER, pionero defensor de la eutanasia en España, decía que no se puede ofrecer la eutanasia sin haber pasado por cuidados paliativos”, dice Gómez Sancho.

Gómez Sancho se plantea una serie de interrogantes de orden ético y moral: “¿No sería más adecuado dar una respuesta a tantas y tantas personas que viven así? **¿Qué mensaje quieren enviar los parlamentarios a nuestros ancianos?**”. Esto tiene

su discusión moral, legal, clínica, pero es que además en un contexto de 70.000 muertos en España por Covid 19, donde han muerto mayoritariamente ancianos en residencias en soledad, sin sus familias, sin información, sin respuestas convincentes, legalizar la eutanasia es antiestético”.

“¿Cuánto tiempo han dedicado en el Congreso de los Diputados a discutir acerca del fracaso estrepitoso de nuestro modelo sociosanitario y estudiar y planear una reforma del modelo de las residencias de ancianos?. Pues el camino más corto es el que están emprendiendo. Mañana será una fecha nefasta para este país y para este colectivo de personas ancianas, minusválidas y otras”.

Formación deficiente en cuidados paliativos

España es el único país de Europa que no tiene ni especialidad, ni área de capacitación específica, ni diploma que acredita que los médicos que atienden a los enfermos terminales están capacitados para tratar al enfermo, según Marcos Gómez Sancho.

“¿Qué sucede cuando un gerente de un hospital quiere abrir una unidad de cuidados paliativos? ¿A quién contrata?. Pues a una persona que no tiene la más mínima capacitación”.

“Esto es escandalosamente cierto, una persona que acuda a una de las pocas unidades de cuidados paliativos que hay en España no puede estar seguro de que el médico que le atiende está debidamente capacitado para ello porque no existe ningún tipo de titulación”.

El *Espacio Europeo de Educación Superior* (Bologna) exige una asignatura obligatoria de cuidados paliativos en todas las facultades de Medicina, pero sólo hay siete de cuarenta y dos en España que cumplen las directrices de la UE. “En enfermería, el panorama no es mucho más esperanzador. Sólo 69 de las 112 escuelas de enfermería disponen de la asignatura obligatoria de cuidados paliativos, que es lo que exige el *Espacio Europeo de Educación Superior*. Esto es obligatorio desde hace muchos años, ¿y no se puede hacer nada para que España cumpla con sus obligaciones en la UE?”.

España, a la cola de paliativos en la UE

Finalmente, el Dr. Gómez Sancho dijo que España ocupa el puesto 31 de 49 en la UE en cuidados paliativos y que sería el quinto en regular la eutanasia: “Están mejor las repúblicas balcánicas y los países de la extinta Unión Soviética, esto debería sonrojar a los españoles”.

José María Rodríguez Roldán, presidente del Comité de Ética del *Colegio de Médicos de Sevilla* es máster en Bioética y trabaja como jefe de Servicio de UCI en el Hospital Virgen del Rocío de Sevilla. Considera que existe poca reflexión en nuestro país sobre la propuesta de regulación de la eutanasia y que esto es preocupante. “**¿Qué problemas resuelve la eutanasia?**”. Discutir sobre valores es complejo porque se trata de valores individuales, y hay confusión entre los valores y los principios, que son cosas diferentes”.

Este experto en bioética incide en que hay que explicar a los propios médicos el papel del esfuerzo terapéutico o el del rechazo al tratamiento. “Pero también hay que hablar de la propia **Proposición de ley de eutanasia, pues incluye en su articulado el suicidio asistido**. También habla del *médico responsable*, que no es el que atiende o ve al paciente”.

También aclara este bioeticista que la muerte por eutanasia o el suicidio asistido no se produce por la enfermedad del paciente, sino por la intervención de un tercero con un cóctel lítico.

Cómo se aplican las leyes de eutanasia

En la jornada realizó un análisis de los países donde está regulada la eutanasia, sus procedimientos y consecuencias. Explicó, en síntesis, que:

- Sólo hay cuatro países que la tienen regulada y un Estado de Australia. En Colombia no existe pero existe permisividad por sus sentencias.

- En Estados Unidos y en Suiza existe el suicidio asistido.

- En Holanda se ha despenalizado la eutanasia y el suicidio asistido.

- En Canadá, de 200 muertes en 2016 se ha pasado a 5.631 en el 2019, por eso se suele hablar de ‘pendiente resbaladiza’. Hay un filtro previo para conocer si el paciente ha pasado previamente por cuidados paliativos. Dos tercios de los pacientes tienen cáncer que no es terminal.

- En Canadá, la muerte natural tiene que ser previsible o tener cierta inmediatez, “mientras que en la Proposición de ley española no se menciona la terminalidad ni la muerte inminente, tampoco en los borradores anteriores”.

- ¿Cuáles son las razones para llevar a cabo la eutanasia en Canadá?. De un estudio publicado por el sistema de salud canadiense, se desprende que la carga para la familia del enfermo es una de las razones que aboca a la eutanasia (*Medical assistance dying annual report 2019*).

- La mortalidad por esta causa ocupa en esos países un lugar destacado llegando a suponer un 2 % en Canadá y en *Benelux* un 4,6 %.

- En Holanda, la eutanasia se aplica en casos de enfermedades no terminales. Aunque la mayoría de las peticiones viene de personas que padecen cáncer crecen de manera constante las peticiones de pacientes que padecen demencia, trastornos psiquiátricos, o síndromes geriátricos múltiples como la vejez, la pérdida de movilidad o los miedos (*JAMA Intern Med.* 7.10.2020). **¿Son estos síntomas refractarios?**, se pregunta el doctor Rodríguez Roldán.

- En Bélgica, las solicitudes de muerte en 10 años (2003 - 2013) se multiplicaron durante este periodo por 8 en el rango de 60-79 años de edad, y por 10 en mayores de 80 años (*Euthanasia in Belgium: trends in reported cases between 2003 and 2013. CMAJ.* 2016. Nov. 1; 188(16): E407-E414).

El crecimiento de muertes provocadas en los países donde se ha despenalizado es exponencial, según este experto, con referencia a un estudio publicado en *The Lancet* el 9 de marzo de 2019.

José María Rodríguez afirma que “la eutanasia y el suicidio asistido están coloreados con una serie de palabras que maquillan y le dan otro tono como

administrar un paralizante, como la dignidad, como si nosotros pudiéramos cuestionar la dignidad; pero la dignidad es un constructo, no se puede medir, es variable, sobre todo en personas con déficit neurológico que se quieren morir; pasan unos meses y sólo tienen fiebre, les duele algo, la dignidad cambia completamente y no quieren morirse, esto es lo más frecuente”.

En paliativos pasa lo mismo, “cuando hablamos de autonomía y no maleficencia los principios son genéricos; a las personas hay que hablarles de valores. Se ha mejorado en cuanto al rechazo al tratamiento y las voluntades, pero no son valores absolutos, tenemos miedos, circunstancias, expectativas de unos meses, con nuestra familia, con nuestros amigos, eso va a condicionar nuestras decisiones. **La autonomía, por tanto, no es un valor absoluto pero se invoca como determinante**”.

El tratamiento del sufrimiento no es la muerte

Concluye este médico que “el tratamiento del sufrimiento no es la muerte. Cuando hablamos de estos valores hay que hacer una reflexión. Mucho se habla de los derechos humanos pero poco de los deberes humanos, y hay que defender la autonomía del paciente, pero el deber de cuidar al paciente es lo más importante para el médico. Debemos instar a que se cuide a estas personas, la muerte no es la solución”.

Rodríguez Roldán cita a ERIC J. CASSEL, quien en su obra *The Nature of Suffering and the Goals of Medicine*, escribe que “el movimiento de la bioética ha actuado como si una persona enferma fuera sencillamente una persona normal con una enfermedad añadida, como una mochila a cuestas”.

“Sin embargo, esta perspectiva no es realista ni cierta. Una enfermedad grave provoca cambios en la forma en que las personas se perciben a sí mismas y en cómo ven el mundo que les rodea”.

Finalmente cerró la jornada del Consejo Andaluz de Colegios Médicos el letrado y Secretario General Técnico del Colegio Andaluz de Colegios Médicos, **Manuel Pérez Sarabia**, quien afirma que la Proposición de Ley de eutanasia nos sitúa ante un “cambio de paradigma en la sociedad actual hacia una sociedad individualista, desarraigada de valores humanos donde el Gobierno pretende cambiar hasta los propios valores esenciales de la profesión médica”.

Pérez Sarabia se interroga si una ley puede introducir un nuevo acto médico que es contrario a la autorregulación profesional, y también si la eutanasia puede ser realmente un derecho: “¿Qué incidencia tendrá una ley de muerte en la conciencia de nuestra sociedad?. Sin duda nos llevará a la exclusión del más débil, al individualismo egoísta, la insolidaridad con los mayores y los enfermos, a la eficiencia utilitarista y al determinismo”.

