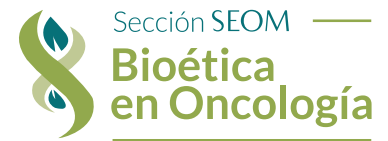


# A propósito de la Ley de regulación de la eutanasia



Comentario realizado por la **Dra. Teresa García**, coordinadora de la Sección de Bioética de SEOM, a propósito de la aprobación en el Congreso de la Proposición de Ley Orgánica de regulación de la eutanasia.

**E**n torno a la reciente Proposición de Ley Orgánica de regulación de la eutanasia, aprobada por mayoría en el Congreso de los Diputados el 17/12/2020 y pendiente de tramitación en el Senado, hemos recibido algunas opiniones de miembros de SEOM sobre el asunto: el Dr. Martínez de Dueñas, de Castellón<sup>1</sup>; el Dr. F.J Barón, de la Coruña<sup>2</sup>, el Dr. M. González Barón<sup>3</sup>, exjefe de Servicio de la Paz... algunas directamente enviadas a SEOM, otras publicadas en foros o en medios y dirigidas también a miembros de nuestra Sección para la reflexión y debate.

En el reciente Congreso virtual SEOM 2020 se celebró una mesa redonda sobre las cuestiones que plantea la Ley de Eutanasia para oncólogos, paliativistas y mundo del derecho, que tendrá su continuación en un *webinar* próximamente.

Asimismo, hemos podido leer y reflexionar sobre los documentos emitidos por la Asociación Médica Mundial<sup>4</sup>, el Comité de Bioética de España<sup>5</sup> y el Consejo General de Colegios de Médicos de España<sup>6</sup>. Valga como ejemplo el documento del Comité de Bioética de España, que a pesar del reconocido prestigio profesional de todos sus miembros y de la unanimidad, aun con diferentes posiciones bioéticas, no ha sido tenido en cuenta para el desarrollo de esta Ley (como tampoco el resto; la ley ha salido al margen de los médicos):

“A lo largo de este informe hemos visto que existen sólidas razones para rechazar la transformación de la eutana-

sia 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. 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. (...)

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”<sup>7</sup>.

Es cierto que estos documentos, opinión unánime de los miembros de los respectivos organismos, no reflejan la opinión de todos los médicos de Es-

paña ni del resto del mundo. Hay países (pocos) donde la eutanasia es legal desde hace 20 años y en ellos un número creciente de médicos la considera como una forma más de muerte. En España, el Colegio de Médicos de Vizcaya ha hecho público un informe<sup>8</sup> sobre los resultados de una encuesta general realizada a sus colegiados, respondida por más de 700, y otra aleatoria, respondida por unos 300. Aunque parece que los resultados no difieren mucho, el informe recoge la muestra aleatoria. Casi el 70% piensa que habría que “regular, por ley, la eutanasia y el suicidio asistido en España”. Más del 80% opina que debe haber posibilidad de negarse a llevarla a cabo, aunque solo el 28% solicitaría objeción de conciencia. Llama la atención la distribución por especialidades de la muestra, con muy poca representación de los especialistas habitualmente más cercanos a patologías crónicas graves o degenerativas. Así, solo se contó con 3 oncólogos, 2 geriatras, 2 neurólogos, 3 nefrólogos, 5 intensivistas, 4 neumólogos, y 10 cardiólogos, mientras que hubo mayor representación de especialidades como Psiquiatría (22), Estomatología (12), Ginecología (15), y también Medicina del Trabajo (7), anatomopatólogos (8), Dermatología y alergia (12), Oftalmología (8), Medicina forense (3) y más de 130 médicos generales o de familia.

A los oncólogos médicos esta ley nos afecta de lleno. La Ley va dirigida a “quien está en una situación de enfermedad grave e incurable, o de una enfermedad grave, crónica e invalidante, padeciendo un sufrimiento insoportable que no puede ser aliviado



*Vemos cómo se introduce como derecho del paciente (y obligación del médico por tanto) un nuevo tipo de relación médico-enfermo que incluye la idea de que el sufrimiento y el deterioro son causa de “indignidad” personal, y que esta “indignidad” sobrevenida justifica la obligación de dar muerte al paciente a petición suya.*

en condiciones que considere aceptables, lo que denominamos un contexto eutanásico” (exposición de motivos)<sup>9</sup>. Reconoce el derecho de toda persona que cumpla los requisitos previstos en esta Ley a solicitar y recibir la prestación de ayuda para morir, entendida como 1) la administración directa al paciente de una sustancia letal por parte del profesional sanitario competente, y 2) la prescripción o suministro de dicha sustancia letal para su autoadministración. Establece que el médico responsable, tras recibir dos peticiones consecutivas separadas por 15 días al menos, habiendo informado y deliberado con el paciente, en las dos ocasiones, sobre todas las opciones de tratamiento activo y paliativo disponible, debe comprobar que se dan los requisitos y aceptar la petición, tras lo cual es precisa la consulta a otro médico, que debe estar de acuerdo. En ese caso, facilitará al paciente la sustancia letal para que él se la administre, o se la administrará, sea en un

hospital público, privado o en su domicilio. Posteriormente a esto, remitirá un informe a la Comisión de Garantías.

Los oncólogos llevamos muchos años luchando e investigando por sumar meses, semanas y días a la supervivencia de nuestros pacientes, calculando cuidadosamente el riesgo-beneficio de cada exploración o tratamiento y acompañando a una gran mayoría al final de su vida, deslindando con finura la delgada línea entre aliviar el sufrimiento y acelerar la muerte en los casos indicados de sedación paliativa. Hemos sido pioneros de los Cuidados Paliativos, cuya filosofía consiste –siguiendo a Dame Cicely Saunders– en intentar conseguir “que el paciente importe por ser él, y que pueda vivir hasta que muera”. Hemos sufrido y suplido la escasa cobertura paliativa, domiciliaria u hospitalaria, y la falta de medios de soporte socioeconómico para estos enfermos y sus familias en la mayoría de comunidades autónomas españolas. Ahora

vemos cómo se introduce como derecho del paciente (y obligación del médico por tanto) un nuevo tipo de relación médico-enfermo que incluye la idea de que el sufrimiento y el deterioro son causa de “indignidad” personal, y que esta “indignidad” sobrevenida justifica la obligación de dar muerte al paciente a petición suya. Como recoge la proposición de ley en su exposición de motivos, parece que la dignidad de la persona se la concediese uno a sí mismo, más que tenerla “de base”: “Cuando una persona plenamente capaz y libre se enfrenta a una situación vital que a su juicio vulnera su dignidad (...) el bien de la vida puede decaer en favor de los demás bienes con los que debe ser ponderado”.

Sin embargo, como nuestro compañero el Dr. Martínez de Dueñas escribe: “La dignidad del ser humano no se pierde ni disminuye por el hecho de enfermar. (...) La compasión (com-padecer o “padecer con”) nos lleva a compartir el su- ▶

- ▶ sufrimiento y responder con la ayuda, la entrega y el cuidado de la persona que sufre de tal manera que no le quepa la menor duda de que, aunque esté muy deteriorada por la enfermedad que padece, no ha perdido ni un ápice de su dignidad”. La dignidad de la persona es previa a su propia autonomía, es más, es la razón de la autonomía, pero la autonomía no es la razón de la dignidad. Por eso, el personal sanitario y muchos otros profesionales hemos puesto todo nuestro ser en el servicio a personas enfermas, o débiles, o en peligro, sin cuestionar si su valía es mayor o menor que la nuestra.

Por otra parte, esta Ley, al no ir acompañada de un soporte socioeconómico y sanitario que permita mejorar esas condiciones que al paciente o familiares pueden hacerles considerar su vida como indigna, da lugar a situaciones claras de injusticia, como expresa el Dr. Francisco Barón: “ante el sufrimiento inaceptable al final de la vida, unos ciudadanos desean –en ejercicio de su autonomía y libertad– acabar rápidamente con la vida para terminar con el sufrimiento. Y otros desearían tener unos cuidados avanzados y de soporte óptimos, que acabarían con el sufrimiento sin acabar con la vida ni tampoco alargarla, y también lo desean en el ejercicio de la misma libertad y autonomía. Pronto los primeros dispondrán de una Ley de Eutanasia que regule esta acción. Sin embargo, los segundos no tendrán una Ley de Cuidados que garantice los cuidados avanzados y de soporte que requieren y que, por desgracia, cada vez son más escasos y de peor calidad (por lo que solo son accesibles a las clases pudientes): porque la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, del año 2006, así como las diversas leyes autonómicas sobre derechos y garantías de la dignidad de las personas enfermas terminales no funcionan en la práctica por falta de recursos, fundamentalmente”.

En la actualidad, en España, sin perjuicio de la excelente calidad técnica y

humana de muchos de los insuficientes trabajadores en este campo, los cuidados paliativos están muy lejos de ser universalmente accesibles a todos ni se contemplan como una prestación sanitaria básica, ni se exige una formación específica para llevarlos a cabo, ni se han desarrollado de forma armónica sino que en cada comunidad hay un modelo, la puesta en práctica es muy variable y habitualmente no cubren más que unas horas al día. De este modo, España está muy por debajo de las recomendaciones de la Asociación Europea de Cuidados Paliativos (EAPC) que, para tener una cobertura mínima, recomienda dos servicios

**“Esta Ley, al no ir acompañada de un soporte socioeconómico y sanitario que permita mejorar esas condiciones que al paciente o familiares pueden hacerles considerar su vida como indigna, da lugar a situaciones claras de injusticia”**

por 100.000 habitantes. Los países que encabezan la lista de ratio de servicios por cada 100.000 habitantes en Europa son Mónaco (2,58), Lituania (1,38) y Suecia (1,19), mientras que en España, la ratio ha bajado de 0,32 a 0,22, aproximadamente una décima parte de lo que recomienda la EAPC. Esto hace que en España sea común que los pacientes fallezcan antes de que la lista de espera les permita ser evaluados y atendidos por una Unidad de Cuidados Paliativos Domiciliarios. Además, la mayoría no disponen de servicios de apoyo psicológico, terapia ocupacional, rehabilitación, que permitan mejorar su calidad de vida, ni de apoyo domiciliario o económico que permita descargar a los familiares o cuidadores. Los centros hospitala-

rios verdaderos de Cuidados Paliativos integrales son anecdóticos en España, muy pocos públicos, y estos, están infradotados. No hay un soporte mínimo que facilite unas condiciones dignas de vida a quien, con enorme coraje, como tantas veces hemos visto, afronta una enfermedad que deteriora su cuerpo a la vez que engrandece su persona.

Ahora bien, lo que sí habrá es una ley que permite ofrecer, como alivio al sufrimiento, la muerte. Habrá, quizá, alguno que lo desee libre y autónomamente. Pero habrá quien se vea empujado o presionado por el déficit de ayudas y la carga familiar que supone su cuidado a recurrir a esa puerta de salida. Por primera vez, contrariamente a nuestra tradición deontológica médica de siglos<sup>10</sup> y a las bases mismas de nuestra sociedad, protectora del débil, protectora de la salud incluso en contra de la libertad de los mismos individuos (como estamos viendo en estos meses de pandemia), los médicos tenemos el poder de “conceder” esa muerte a petición y provocarla.

Cierto que la misma proposición de Ley determina (exposición de motivos) que “han de establecerse garantías para que la decisión de poner fin a la vida se produzca con absoluta libertad, autonomía y conocimiento, protegida por tanto de presiones de toda índole que pudieran provenir de entornos sociales, económicos o familiares desfavorables (...)”. Los oncólogos conocemos bien la dificultad de que un paciente con una enfermedad mortal progresiva e irreversible, con un sufrimiento insoportable, se encuentre en condiciones de “absoluta libertad, autonomía y conocimiento” y “protegido de presiones sociales, económicas o familiares”, que exigirían disponer de recursos sanitarios, sociales y económicos por ahora casi inexistentes, o tan lentos en resolverse que a nuestros pacientes pocas veces les llegan. De hecho, sabemos muy bien que la principal causa de desear adelantar la





muerte en el paciente oncológico, mucho más que la dependencia física, es la “sensación de carga para los familiares”<sup>11</sup>. Estos recursos son algo que, apoyados en la proposición de Ley, deben exigirse nuevamente, a la Administración y sugerirse a las Fundaciones y Asociaciones que apoyan a los pacientes.

Por último, esta Ley, aunque parece reconocer la objeción de conciencia de los profesionales sanitarios “directamente implicados” (artículo 16), como derecho individual a negarse a esta práctica, exige de forma injusta que esa objeción se comunique anticipadamente y por escrito, para confeccionar un registro de profesionales objetores, lo cual es un abuso y un ataque directo

al derecho a la intimidad y a no declarar públicamente las convicciones personales, que recoge la constitución en el artículo 16.2 (“Nadie podrá ser obligado a declarar sobre su ideología, religión o creencias”), y que los colegios de médicos y colectivos profesionales deben defender.

De los miembros de la Sección de Bioética de SEOM, unos pensamos claramente, al igual que el Dr. Manuel Barón<sup>12</sup>, que la dignidad de la persona exige valorar y preservar su vida hasta su fin natural y que la eutanasia es una “solución equivocada” que llevará a banalizar la muerte provocada, a presionar a los pacientes sin recursos, a buscar esa salida rápida y economicista, además de sembrar la

desconfianza en la relación paciente y médico. Otros opinan que no está mal que esté regulada y accesible para algunos, suponiendo que efectivamente se solicite con toda autonomía y se realice con garantías. En general, todos estamos de acuerdo en que debe ofrecerse siempre el necesario soporte sanitario, social, económico para que nadie se sienta coaccionado por la soledad, la falta de recursos o una falsa impresión de indignidad. Por tanto, consideramos que la Sociedad Española de Oncología Médica debería pronunciarse como Sociedad, en beneficio de los pacientes oncológicos y de los oncólogos que los atienden, y si es posible contar con el apoyo de las Sociedades de Oncología Radioterápica y Enfermería oncológica. ■

## Referencias

1. B Martínez de Dueñas, E. *La eutanasia: síntoma de la decadencia de valores de nuestra sociedad*. Artículos de opinión, Sección de Bioética en Oncología, web de la Sociedad Española de Oncología Médica. [https://seom.org/images/Eutanasia\\_decadencia\\_de\\_nuestra\\_sociedad.pdf](https://seom.org/images/Eutanasia_decadencia_de_nuestra_sociedad.pdf). (Consulta 3-1-2021).
2. *La eutanasia. Derechos y justicia*. Dr. Francisco J. Barón, Complejo Hosp A Coruña, Comisión de Deontología del Consejo General de Colegios de Médicos de España. <https://www.fpablovi.org/index.php/articulos-bioetica/1056-la-eutanasia-derechos-y-justicia>
3. *Eutanasia, la solución equivocada*. ABC 11-12-2020. Glez Barón M. Ex-Jefe de Servicio de Oncología Médica del Hospital La Paz. [https://www.abc.es/opinion/abc-manuel-gonzalez-baron-eutanasia-solucion-equivocada-202012102300\\_noticia.html](https://www.abc.es/opinion/abc-manuel-gonzalez-baron-eutanasia-solucion-equivocada-202012102300_noticia.html)
4. Declaración de la AMM sobre la eutanasia y suicidio con ayuda médica Adoptada por la 70ª Asamblea General de la AMM, Tiflis, Georgia, Octubre 2019 “La AMM reitera su fuerte compromiso con los principios de la ética médica y con que se debe mantener el máximo respeto por la vida humana. Por lo tanto, la AMM se opone firmemente a la eutanasia y al suicidio con ayuda médica”. <https://www.wma.net/es/polices-post/declaracion-sobre-la-eutanasia-y-suicidio-con-ayuda-medica/> (Consulta 3-1-2021).
5. 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 <http://assets.comitedebioetica.es/files/documentacion/Informe%20CBE%20final%20vida%20y%20la%20atencion%20en%20el%20proceso%20de%20morir.pdf> (Consulta 3-1-2021).
6. El CGCOM ante la aprobación del Congreso de los Diputados del dictamen de la Comisión de Justicia sobre la proposición de Ley Orgánica para la Regulación de la Eutanasia en España- “El Dictamen de la Comisión de Justicia sobre la Proposición de Ley Orgánica para la regulación de la eutanasia en España supone avalar por Ley que la eutanasia es un “acto médico”. Esto es contrario a nuestro Código de Deontología Médica y contradice los posicionamientos de la Asociación Médica Mundial (AMM)”. [https://www.cgcom.es/sites/default/files//u183/np\\_ley\\_eutanasia\\_cgcom\\_18\\_12\\_2020.pdf](https://www.cgcom.es/sites/default/files//u183/np_ley_eutanasia_cgcom_18_12_2020.pdf) (Consulta 3-1-2021).
7. Conclusiones del 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 <http://assets.comitedebioetica.es/files/documentacion/Informe%20CBE%20final%20vida%20y%20la%20atencion%20en%20el%20proceso%20de%20morir.pdf> (Consulta 3-1-2021).
8. Informe Encuesta eutanasia y suicidio médicamente asistido. Colegio de Médicos de Vizcaya. <https://www.cmb.eus/informe-encuesta-eutanasia-y-suicidio-medicamente-asistido-del-cmb> (Consulta 3-1-2021).
9. Proposición de Ley Orgánica de regulación de la eutanasia. Boletín Oficial de las Cortes Generales, 17.12.2020. [https://www.congreso.es/public\\_oficiales/L14/CONG/BOCG/B/BOCG-14-B-46-1.PDF](https://www.congreso.es/public_oficiales/L14/CONG/BOCG/B/BOCG-14-B-46-1.PDF) (Consulta 3-1-2021).
10. Hipócrates, s. V antes de Cristo: “A nadie daré, aunque cuando me lo pidiera, fármaco letal alguno, ni haré semejante sugerencia...” Tratados hipocráticos (T.1): Juramento; Ley; Sobre La Ciencia Médica; Sobre La Medicina Antigua; Sobre El Médico; Sobre La Decencia; Aforismos; Preceptos; El Pronóstico; (...). Ed Gredos, Madrid 1983.
11. Choninov HM, Kristjanson LJ, Hack THY, Hassard T, McClement S, Harlos M. *Burden to others and the terminally ill*. Journal of pain and symptom management (2007), 34, 5, p.463.