



La LORE, a examen

**Cuestiones desde la
Deontología Médica**

Pamplona, 3 de mayo de 2021

La LORE, a examen

- I. Estado de la cuestión**
 - II. Aspectos deontológicos más relevantes**
 - a) Conceptos/definiciones
 - b) Objeción de conciencia
 - III. Panorama de la Deontología internacional sobre la cuestión**
- Anexos**

I. Estado de la cuestión

- El Código de Deontología (2011) indica que:

“El médico nunca provocará intencionadamente la muerte de ningún paciente, ni siquiera en caso de petición expresa por parte de éste” (CD 2011, Art. 36.3)

“El médico no deberá provocar ni colaborar **intencionadamente en la muerte del paciente” (Borrador CD , Art. 39.4)**

DISPOSICIÓN FINAL 2.- El médico que actuara amparado por las Leyes del Estado no podrá ser sancionado deontológicamente

I. Estado de la cuestión

Diversidad de planteamientos en la profesión, en las CC de Deontología y en la OMC sobre la cuestión

- “La eutanasia no está considerada un acto médico y todos censuramos la idea de acabar con la vida de una persona” ... “aceptamos estar sometidos a unas leyes que, en contextos democráticos, representan necesariamente el posicionamiento de la ciudadanía.

Dr. Tomás Cobo,
Eutanasia, médicos y sociedad, 20
de abril de 2021

Cantabria | Santander | Torrelavega | Región

Eutanasia, médicos y sociedad

El desarrollo científico-técnico irá dibujando nuevos retos en el horizonte de nuestra profesión, esa que sigue siendo la más valorada por nuestros ciudadanos y que nos obliga a ser un ejemplo de cordura, coherencia, racionalidad y tolerancia



TOMÁS COBO
Viernes, 16 abril 2021, 07:29

4 f t in x

I. Estado de la cuestión

Diversidad de planteamientos en la profesión, en las CC de Deontología y en la OMC sobre la cuestión

- **“La eutanasia no está considerada un acto médico y todos censuramos la idea de acabar con la vida de una persona” ... “aceptamos estar sometidos a unas leyes que, en contextos democráticos, representan necesariamente el posicionamiento de la ciudadanía.**

Dr. Tomás Cobo,
Eutanasia, médicos y sociedad, 20
de abril de 2021
- **CD MURCIA.** Coincidió con la exposición de JM Domínguez y la necesidad de evitar la pendiente resbaladiza.
- **CD A CORUÑA.** Tema difícil ponerse de acuerdo porque existen distintas sensibilidades.
- **CD ALMERIA.** Refiere no amparar la Ley porque no ampara nuestra conducta profesional.
- **CD AVILA.** La Ley tiene que ser deontológica. Cree que sería conveniente que la CCD hiciera un documento sobre cómo poder ejercer la objeción de conciencia.
- **CD LUGO.** El debate de la eutanasia hay que sacarlo a la sociedad.
- **CD LLEIDA.** Ley de la eutanasia ha sido una ley sin consenso. El problema está ante el sufrimiento psicológico lo que se llama eutanasia psicológica.
- ...

I. Estado de la cuestión

- Unanimidad en la Asamblea de Comisiones de Deontología:
 - **Se reclama la presencia de la profesión en el desarrollo que requiere la LORE para su aplicación.**

I. Estado de la cuestión

El Código de Deontología (2011) también indica que:

- Art. 36.1: “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**”).
“Ha de tener en cuenta la voluntad explícita del paciente a **rechazar tratamientos para prolongar su vida.**”
- El médico “**está obligado a atender las peticiones del paciente reflejadas en el documento de voluntades anticipadas, a no ser que vayan contra la buena práctica médica**” (CD 2011, Art. 36.4) y

II. Aspectos más relevantes

- Conceptos y definiciones
- Objeción de conciencia
 - A quiénes se aplica;
 - Para qué procedimientos
 - Cómo se registra

Reflexiones sobre la objeción de conciencia, CCD enero 2021

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

Documentos CCD

La **eutanasia** se puede definir como el acto **deliberado** de dar fin a la vida de una persona, producido por voluntad expresa de la propia persona y con el objeto de evitar un sufrimiento.

Eutanasia: es la acción directa e intencionada, encaminada a provocar la muerte de una persona que padece una enfermedad **avanzada o terminal**, a petición expresa de ésta.

Aquella en la que es **el propio paciente la persona que termina con su vida**, para lo que precisa de la colaboración de un **profesional sanitario** que, de forma intencionada y con conocimiento, **facilita los medios necesarios**, incluido el **asesoramiento** sobre la sustancia y dosis necesarias de medicamentos, su prescripción o, incluso, su **suministro** con el fin de que el paciente se lo administre.

Suicidio médicamente asistido: consiste en la ayuda intencionada de un médico a la realización de un suicidio, ante la demanda de un enfermo competente que no pueda realizarlo por sí mismo, **proporcionándole la medicación letal** necesaria para que el propio enfermo se la administre.

NO APARECE EN LA LEY LA PALABRA SUICIDIO MÉDICO ASISTIDO

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

CCD

Las actuaciones por omisión que se designaban como **eutanasia pasiva (no adopción)** de tratamientos tendentes a prolongar la vida y la **interrupción** de los ya instaurados conforme a la *lex artis*), o las que pudieran considerarse como eutanasia activa indirecta (utilización de fármacos o medios terapéuticos que alivian el sufrimiento físico o psíquico aunque **aceleren la muerte del paciente** –cuidados paliativos–) **se han excluido del concepto bioético y jurídico-penal de eutanasia**

Eutanasia pasiva: se ha definido como la **interrupción o no inicio de medidas** terapéuticas inútiles o innecesarias en un enfermo que se encuentre en situación de enfermedad terminal. **Para evitar confusiones, éste término no debería utilizarse**, ya que estas actuaciones, salvo que se hagan con la única intención de querer adelantar o precipitar la muerte del enfermo, **no constituyen ninguna forma de eutanasia y deben considerarse como parte de la buena práctica médica.**

El contexto eutanásico, en el cual se acepta legalmente prestar ayuda para morir a otra persona, debe delimitarse con arreglo a determinadas condiciones que afectan a la **situación física de la persona con el consiguiente sufrimiento físico o mental en que se encuentra, a las posibilidades de intervención para aliviar su sufrimiento**, y a las convicciones morales de la persona sobre la preservación de su vida en unas condiciones que **considere incompatibles con su dignidad personal**.

- **No referencia al término de la vida / cercanía de la muerte**
- **Referencia a la “absoluta libertad de la decisión”**
- **La difícil medición del sufrimiento**
- **Vida incompatible con la dignidad personal**

«Padecimiento grave, crónico e imposibilitante»: situación que hace referencia a limitaciones que inciden directamente sobre la autonomía física y actividades de la vida diaria, de manera que no permite valerse por sí mismo, así como sobre la capacidad de expresión y relación, y que llevan asociado un **sufrimiento físico o psíquico constante e intolerable para quien lo padece**, existiendo seguridad o gran probabilidad de que tales **limitaciones vayan a persistir en el tiempo sin posibilidad de curación o mejoría apreciable**. En ocasiones puede suponer la dependencia absoluta de apoyo tecnológico

La Objeción de Conciencia

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

f) «Objeción de conciencia sanitaria»: derecho **individual** de los profesionales sanitarios a no atender aquellas demandas de actuación sanitaria reguladas en esta Ley que **resultan incompatibles con sus propias convicciones**.

La Objeción de Conciencia

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

CAPÍTULO IV. 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....

- Acto /proceso eutanasia
- De acuerdo con definición del contexto eutanásico y de «Padecimiento grave, crónico e imposibilitante»

La Objeción de Conciencia

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

CAPÍTULO IV. 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....

d) «Médico responsable»: facultativo que tiene a su cargo **coordinar** toda la información y la asistencia sanitaria del paciente, con el carácter de **interlocutor** principal del mismo en todo lo referente a su atención e información durante el proceso asistencial, y sin perjuicio de las obligaciones de otros profesionales que participan en las actuaciones asistenciales.

e) «Médico consultor»: facultativo con formación en el **ámbito de las patologías** que padece el paciente y que no pertenece al mismo equipo del médico responsable.

La Objeción de Conciencia

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

CAPÍTULO IV. 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....

Reflexiones sobre la objeción de conciencia, CCD enero 2021

9. La despenalización de la eutanasia y del SMA reserva a los «Médicos responsables» de los pacientes» y a los «Médicos consultores» **una colaboración necesaria e imprescindible**, por lo que todos los procesos ineludibles serían susceptibles del recurso **tanto de la objeción de ciencia, como a la objeción de conciencia.**

1.	<p>Artículo 5. Requisitos para recibir la prestación de ayuda para morir.</p> <p>1. Para poder recibir la prestación de ayuda para morir será necesario que la persona cumpla todos los siguientes requisitos: b) Disponer por escrito de la información que exista sobre su proceso médico, las diferentes alternativas y posibilidades de actuación, incluida la de acceder a cuidados paliativos integrales comprendidos en la cartera común de servicios y a las prestaciones que tuviera derecho de conformidad a la normativa de atención a la dependencia</p>
2.	Si el médico responsable considera que la pérdida de la capacidad de la persona solicitante para otorgar el consentimiento informado es inminente, podrá aceptar cualquier periodo menor que considere apropiado en función de las circunstancias clínicas concurrentes, de las que deberá dejar constancia en la historia clínica.
3.	d) Sufrir una enfermedad grave e incurable o un padecimiento grave, crónico e imposibilitante en los términos establecidos en esta Ley, certificada por el médico responsable.
4.	e) Prestar consentimiento informado previamente a recibir la prestación de ayuda para morir. Dicho consentimiento se incorporará a la historia clínica del paciente.
5.	La valoración de la situación de incapacidad de hecho por el médico responsable se hará conforme a los protocolos de actuación que se determinen por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.
6.	<p>Artículo 6. Requisitos de la solicitud de prestación de ayuda para morir.</p> <p>2. El documento deberá firmarse en presencia de un profesional sanitario que lo rubricará. Si no es el médico responsable, lo entregará a este. El escrito deberá incorporarse a la historia clínica del paciente.</p>
7.	4. En los casos previstos en el artículo 5.2, la solicitud de prestación de ayuda para morir podrá ser presentada al médico responsable por otra persona mayor de edad y plenamente capaz, acompañándolo del documento de instrucciones previas, testamento vital, voluntades anticipadas o documentos equivalentes legalmente reconocidos, suscritos previamente por el paciente. En caso de que no exista ninguna persona que pueda presentar la solicitud en nombre del paciente, el médico que lo trata podrá presentar la solicitud de eutanasia.
8.	<p>Artículo 7. Denegación de la prestación de ayuda para morir.</p> <p>2. Contra dicha denegación, que deberá realizarse en el plazo máximo de diez días naturales desde la primera solicitud, la persona que hubiera presentado la misma podrá presentar en el plazo máximo de quince días naturales una reclamación ante la Comisión de Garantía y Evaluación competente. El médico responsable que deniegue la solicitud está obligado a informarle de esta posibilidad.</p>
9.	3. El médico responsable que deniegue la solicitud de la prestación de ayuda para morir, con independencia de que se haya formulado o no una reclamación ante la Comisión de Garantía y Evaluación competente, deberá remitir, en el plazo de cinco días contados a partir de que se le haya notificado la denegación al paciente, los dos documentos especificados en el artículo 12, adaptando el documento segundo de modo que incluya los datos clínicos relevantes para la evaluación del caso y por escrito el motivo de la denegación.
10.	<p>CAPÍTULO III. Procedimiento para la realización de la prestación de ayuda para morir</p> <p>Artículo 8. Procedimiento a seguir por el médico responsable cuando exista una solicitud de prestación de ayuda para morir.</p> <p>1. Una vez recibida la primera solicitud de prestación de ayuda para morir a la que se refiere el artículo 5.1.c), el médico responsable, en el plazo máximo de dos días naturales, una vez verificado que se cumplen los requisitos previstos en el artículo 5.1.a), c) y d), realizará con el paciente solicitante un proceso deliberativo sobre su diagnóstico, posibilidades terapéuticas y resultados esperables, así como sobre posibles cuidados paliativos, asegurándose de que comprende la información que se le facilita. Sin perjuicio de que dicha información sea explicada por el médico responsable directamente al paciente, la misma deberá facilitarse igualmente por escrito, en el plazo máximo de cinco días naturales. Transcurrido el plazo previsto en el artículo 5.1.c), y una vez recibida la segunda solicitud, el médico responsable, en el plazo de dos días naturales, retomará con el paciente solicitante el proceso deliberativo al objeto de atender, en el plazo máximo de cinco días naturales, cualquier duda o necesidad de ampliación de información que se le haya planteado al paciente tras la información proporcionada después de la presentación de la primera solicitud, conforme al párrafo anterior.</p>
11.	<p>2. Transcurridas veinticuatro horas tras la finalización del proceso deliberativo al que se refiere el apartado anterior, el médico responsable recabará del paciente solicitante su decisión de continuar o desistir de la solicitud de prestación de ayuda para morir. En el caso de que el paciente manifestara su deseo de continuar con el procedimiento, el médico responsable deberá comunicar esta circunstancia al equipo asistencial, especialmente a los profesionales de enfermería, así como, en el caso de que así lo solicitara el paciente, a los familiares o allegados que señale. Igualmente, deberá recabar del paciente la firma del documento del consentimiento informado. En el caso de que el paciente decidiera desistir de su solicitud, el médico responsable pondrá este hecho igualmente en conocimiento del equipo asistencial.</p>
12.	<p>3. El médico responsable deberá consultar a un médico consultor, quien, tras estudiar la historia clínica y examinar al paciente, deberá corroborar el cumplimiento de las condiciones establecidas en el artículo 5.1, o en su caso en el 5.2, en el plazo máximo de diez días naturales desde la fecha de la segunda solicitud, a cuyo efecto redactará un informe que pasará a formar parte de la historia clínica del paciente. Las conclusiones de dicho informe deberán ser comunicadas al paciente solicitante en el plazo máximo de veinticuatro horas.</p> <p>5. Una vez cumplido lo previsto en los apartados anteriores, el médico responsable, antes de la realización de la prestación de ayuda para morir, lo pondrá en conocimiento del presidente</p>

	de la Comisión de Garantía y Evaluación, en el plazo máximo de tres días hábiles, al efecto de que se realice el control previo previsto en el artículo 10.
13.	<p>Artículo 9. <i>Procedimiento a seguir cuando se aprecie que existe una situación de incapacidad de hecho.</i> En los casos previstos en el artículo 5.2 el médico responsable está obligado a aplicar lo previsto en las instrucciones previas o documento equivalente.</p>
14.	<p>Artículo 10. <i>Verificación previa por parte de la Comisión de Garantía y Evaluación.</i> 4. La resolución definitiva deberá ponerse en conocimiento del presidente para que, a su vez, la traslade al médico responsable que realizó la comunicación para proceder, en su caso, a realizar la prestación de ayuda para morir; todo ello deberá hacerse en el plazo máximo de dos días naturales.</p>
15.	<p>Artículo 11. <i>Realización de la prestación de ayuda para morir.</i> 1. Una vez recibida la resolución positiva, la realización de la prestación de ayuda para morir debe hacerse con el máximo cuidado y profesionalidad por parte de los profesionales sanitarios, con aplicación de los protocolos correspondientes, que contendrán, además, criterios en cuanto a la forma y tiempo de realización de la prestación. En el caso de que el paciente se encuentre consciente, este deberá comunicar al médico responsable la modalidad en la que quiere recibir la prestación de ayuda para morir. 2. En los casos en los que la prestación de ayuda para morir lo sea conforme a la forma descrita en el artículo 3.g.1.ª) el médico responsable, así como el resto de profesionales sanitarios, asistirán al paciente hasta el momento de su muerte. 3. En el supuesto contemplado en el artículo 3.g.2.ª) el médico responsable, así como el resto de profesionales sanitarios, tras prescribir la sustancia que el propio paciente se autoadministrará, mantendrá la debida tarea de observación y apoyo a este hasta el momento de su fallecimiento.</p>
16.	<p>Artículo 12. <i>Comunicación a la Comisión de Garantía y Evaluación tras la realización de la prestación de ayuda para morir.</i> Una vez realizada la prestación de ayuda para morir, y en el plazo máximo de cinco días hábiles después de esta, el médico responsable deberá remitir a la Comisión de Garantía y Evaluación de su Comunidad Autónoma o Ciudad Autónoma los siguientes dos documentos separados e identificados con un número de registro</p>

La Objeción de Conciencia

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

CAPÍTULO IV. 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....

Reflexiones sobre la objeción de conciencia, CCD enero 2021

- **Es importante diferenciar la objeción de conciencia tanto de la objeción de ciencia, como de la pseudo-objeción.**
 - **La objeción de ciencia** supone un disenso, de base científica, respecto al diagnóstico, pronóstico, o tratamientos más recomendables para abordar la situación del paciente.
 - **La pseudo-objeción** supone la no actuación médica basada en criterios de conveniencia o de carácter oportunista, situación que debe rechazarse. **No es una verdadera objeción.**
 - **La objeción sobrevenida**, el objetor debería expresar formalmente su objeción y presentarlo a sus superiores.

La Objeción de Conciencia

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

CAPÍTULO IV. Artículo 16. 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 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.

CCD Reflexiones sobre la objeción de conciencia, enero 2021

- **La CCD estima que no es oportuna la creación del registro de objetores porque pudiera contravenir el derecho de no tener obligación de declarar sobre ideología, religión o creencias**
La creación de dicho registro podría ir en contra del derecho a la confidencialidad y a la no discriminación.
- No parece que la elaboración del registro sea un modo eficaz de conseguir las finalidades organizativas aducidas para su creación; **finalidades que, por otra parte, pueden ser alcanzadas a través de otro tipo de medidas.**

La Objeción de Conciencia

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

Artículo 14. *Prestación de la ayuda para morir por los servicios de salud.*

- La prestación de la ayuda para morir **se realizará en centros sanitarios públicos, privados o concertados, y en el domicilio, sin que** el acceso y la calidad asistencial de la prestación puedan resultar menoscabados **por el ejercicio de la objeción de conciencia sanitaria o por el lugar** donde se realiza. ...

La Objeción de Conciencia

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

- Artículo 18 **En el caso de que la resolución sea favorable** a la solicitud de prestación de ayuda para morir, la Comisión de Garantía y Evaluación competente requerirá a la dirección del centro para que **en el plazo máximo de siete días naturales** facilite la prestación solicitada a través de otro médico del centro o de un equipo externo de profesionales sanitarios.

III. Panorama internacional



ASOCIACIÓN
MÉDICA
MUNDIAL

La Asociación Médica Mundial

- “mantener el máximo respeto por la vida humana y su **oposición firme** a la eutanasia y al suicidio con ayuda médica”.
- “ningún médico **debe ser obligado a participar** en eutanasia o suicidio con ayuda médica, ni tampoco debe ser obligado a derivar un paciente con este objetivo.”

Declaración sobre la
Eutanasia y Suicidio con Ayuda Médica, 2019

III. Panorama internacional

- **Alemania:** Asociación Médica Alemana, BÄK 2019.
- **Noruega:** Código de Ética para Médicos noruego, 2019
- **Suecia:** Código de Ética para Médicos, 2018
- **EE.UU.:** Declaración en contra de la legalización del suicidio médicamente asistido American College of Physicians, 2017
- **Francia:** código deontológico francés -artículo R.4127-38 del csp- y la reforma de la ley sobre el final de la vida de 2016
- **Reino Unido:** British Medical Association, 2017
- **Italia,** Código Deontológico Medico, art. 17, 2014.

Politique International Société Vox Économie Sport Culture Voyage Style Madame Figaro Live

F / FigaroVox

Vox Politique Vox Société Vox Économie Vox Monde Vox Culture

Michel Houellebecq: «Une civilisation qui légalise l'euthanasie perd tout droit au respect»

EXCLUSIF - Alors qu'une proposition de loi pour légaliser le suicide assisté était débattue jeudi à l'Assemblée, l'écrivain, qui intervient très rarement dans le débat public, explique pourquoi il est farouchement opposé à ce qu'il considère comme une rupture anthropologique inédite.

Par Michel Houellebecq

NEW ZEALAND

Euthanasia: Only one in 10 health workers 'definitely willing' to assist

21 Apr, 2021 08:57 PM 5 minutes to read

Having a ready and willing workforce is thought to be the biggest challenge to setting up the assisted dying regime by November this year. Photo / 123rf, File

RNZ
By: Guyon Espiner

Fracasa una proposición de ley en Francia para legalizar la eutanasia

EFE NOTICIA 11.03.2021 - 21:10H



Patients Rights Council
Addressing euthanasia, assisted suicide, advance directives, disability rights, pain control and more
P.O. Box 760 Steubenville, OH (USA) 43952 740-282-3810 800-958-5678

Home About This Web Site Advance Directives Stay Informed Laws & Issues Cost Containment Pain Control

New Mexico

2021

The "Elizabeth Whitefield End-of-Life Options Act" (HB 47) was again introduced. The bill passed and was signed into law on April 8, 2021.

[Text](#) of HB 47

2019

The "Elizabeth Whitefield End of Life Act" did not pass.



Entire

Popu

- Site
- Issu
- Assi
- Frec
- New

EUTANASIA EN PORTUGAL

El Constitucional de Portugal echa atrás la ley que despenaliza la eutanasia

Varios partidos de izquierda que impulsaron su despenalización se mostraron este lunes dispuestos a buscar una nueva redacción de la ley que subsane los puntos rechazados por el Tribunal Constitucional y llevarla de nuevo al Parlamento.

El Constitucional italiano declara no punible la eutanasia en ciertos casos

Se trata de un fallo histórico que ha sido celebrado en el país por los defensores de la eutanasia

EFE
Roma

Actualizado Jueves, 26
septiembre 2019 -
08:05



La LORE, a examen

Cuestiones desde la Deontología Médica

Informe del Comité de Bioética de España. Sobre el final de la vida y la atención en el proceso de morir..., 6 octubre 2020

CONCLUSIONES (1)

- No legislar lo que puede ser excepcional.
- **Rechazo a la transformación de la eutanasia y/o auxilio al suicidio en un derecho subjetivo y en una prestación pública.**
 - Razones del contexto social y sanitario,
 - Razones de fundamentación ética de la vida, dignidad y autonomía.
 - La compasión no legitima 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.
- Legalizar la eutanasia y/o auxilio al suicidio supone iniciar un camino de **desvalor de la protección de la vida humana** cuyas fronteras son harto difíciles de prever, como la experiencia de nuestro entorno nos muestra.
- 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.

CONCLUSIONES (2)

- La mirada compasiva recogida en nuestro Código Penal. El ingreso en prisión por actos eutanásicos sea algo no solo insólito, sino desconocido en las últimas décadas.
- 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.
- 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**.
- Referencia a los terribles acontecimientos de la pandemia.
 - 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.

CCD Reflexiones sobre la objeción de conciencia Enero 2021

- La conexión entre **valores y principios relacionados con la práctica médica**
 - supone un **elemento esencial en los juicios valorativos de la acción médica** derivada de los cambios en la medicina moderna y los cambios sociales.
- **La autonomía del paciente, sustentada en sus valores puede colisionar con los propios de los profesionales**, en el caso del respeto a la vida.
 - Los médicos **somos agentes morales, no simplemente proveedores de servicios**, de ahí que el ejercicio del principio de autonomía de la persona, especialmente en el último siglo, ha conllevado el desarrollo del concepto de objeción de conciencia, puesto que el profesional, en tanto persona y ciudadano, tiene derecho a desplegar su actividad social o profesional teniendo siempre en consideración sus propios valores.
- La objeción de conciencia supone el ejercicio de un **derecho individual** de la persona de ejercer con libertad su pensamiento y su vida en valores.
- **No parece que la eutanasia o el suicidio asistido sean el modo de proceder en la práctica clínica ante las enfermedades graves terminales o incapacitantes.**

La Comisión Sociosanitaria de Comités de Ética de Euskadi Diciembre 2020

- Moralmente **aceptable la despenalización y regulación legislativa de la eutanasia y el suicidio médicamente** asistido en determinadas circunstancias y condiciones, y siempre que se garantice la seguridad clínica y jurídica de pacientes y profesionales.
- **Necesaria, oportuna y beneficiosa** una regulación de ambas prácticas.
- **Garantizar** el acceso a los cuidados paliativos o a las ayudas sociales
- Compromiso profesional y humano del o de la profesional con su paciente.
- Debe respetarse la objeción de conciencia de los y las profesionales. **Pero entendemos que no debe ser planteada como una objeción monolítica o genérica a todo acto eutanásico.**
- Entendemos que **existen situaciones especiales, relativas a personas con trastorno mental, deterioro cognitivo o discapacidad, que deben tratarse con extrema prudencia.**
- Clave la participación de los comités de ética en los procesos de asesoramiento, seguimiento y evaluación que necesariamente deberán establecerse.

PRONUNCIAMIENTO DE LA COMISIÓN DE ÉTICA Y DEONTOLOGÍA DEL REAL E ILUSTRE COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS DE SEVILLA, enero 2021

- Aclarar **terminología**: “limitación del esfuerzo terapéutico” ni la “sedación paliativa”. Rechazo al Tratamiento
- **Fines de la medicina**: De modo específico, y universalmente aceptados, se excluyen de los fines de la medicina el actuar en contra de la vida del paciente, o aquellas actuaciones que puedan provocar un sufrimiento inaceptable o daño irreparable, como la tortura, la participación en la pena de muerte, la investigación sin consentimiento, la eutanasia o el suicidio asistido.
- La despenalización de la eutanasia y el suicidio asistido puede poner en riesgo al sector **más vulnerable de la sociedad**.
- No existen **suficientes garantías** para evitar un uso inadecuado de la eutanasia y el suicidio asistido.
- Falta de definición de la figura del “médico o médica responsable”.
- Los **períodos de tiempo** descritos en la Proposición de Ley Orgánica de regulación de la eutanasia entre la decisión del paciente de solicitar la muerte, y la posible ejecución de la misma, son extraordinariamente cortos.
- Deberían establecerse **garantías adicionales** de que la persona que firma la solicitud actúa de forma inequívoca como representante del enfermo y de que la solicitud de la eutanasia representa la voluntad incuestionable de este.
- Parece insuficiente la mención que se realiza de los **cuidados paliativos**.
- Falta de expertos en la Comisión E-G.
- **En contra del “Registro de profesionales sanitarios objetores de conciencia a realizar la ayuda para morir**

1-Establecer una ley de eutanasia supone, como ya dijeron Beauchamp y Childress, **fragilizar el tejido de la vida.**

2-No favorece a las personas más **vulnerables.**

3-No ayuda a la medicina ni a los médicos

4-En este momento de crisis económica y social tendrá un efecto devastador sobre los **cuidados paliativos.**

5-Supone preguntarse si nos estamos tomando en serio la **autonomía** y la **dignidad** de las personas.

6-No ayuda a afrontar la muerte con la suficiente serenidad y paz en muchas ocasiones. Los **plazos** de la proposición de ley son extremadamente cortos.

7-La oposición a la eutanasia forma parte de las creencias de la mayoría de las diversas **tradiciones religiosas** de la humanidad.

8-No es fruto de un **diálogo** sereno entre sensibilidades morales distintas.

9-Suscita bastantes **interrogantes**

CONCLUSIONES

- Es falso en definitiva que con esta ley simplemente se amplían derechos y se ponen límites al dolor.
- No está siendo demandada.
- Queremos un incremento de las ayudas a la dependencia, el apoyo psicológico y psiquiátrico que escuche y aborde el dolor y sufrimiento hondo de tantos enfermos, el apoyo social y económico de los más vulnerables, No es tan fácil morir bien y no se puede reducir a simplemente elegir un modo y un momento.
- La proposición de ley se aprueba en un momento donde la participación de la ciudadanía es muy limitada por la pandemia y en un contexto de intereses y alianzas políticas más que de escucha de los que más sufren.