

# Eutanasia: precisiones desde la ética y deontología

Por Pilar León Sanz, secretaria de la Comisión Deontológica del Colegio de Médicos de Navarra.

*Ponencia presentada en la sesión informativa sobre "Aproximación a la Ley Orgánica 3/2021 de regulación de la eutanasia", organizada por el Colegio de Médicos de Navarra, en colaboración con la Comisión de Deontología, el pasado 19 de mayo.*

La consideración de la muerte y su interpretación es algo que depende de la concepción que cada uno tenga sobre las personas y su existencia. La forma en que vivimos el final de la vida tiene implicaciones para uno mismo, para las familias y para la sociedad en general. La eutanasia conecta con derechos fundamentales de la persona, como son el derecho a la vida, a la integridad física y moral de la persona, a la dignidad humana, a la autonomía, a la libertad ideológica y de conciencia o al derecho a la intimidad.

Desde una perspectiva médica, la respuesta sobre cómo atender o asistir a los pacientes con enfermedad avanzada es una cuestión conectada con la finalidad de la Medicina. La legalización de la eutanasia y del suicidio médicamente asistido tiene que ver con las preguntas sobre ¿cómo ha de actuar el médico ante la vida que acaba?, ¿cómo ha de tratar el médico al paciente con enfermedad avanzada?, ¿cómo ha de plantar cara al sufrimiento refractario y a la debilidad extrema e irreversible? Cómo cuidamos o cómo pensamos que hay que cuidar al final de la vida resulta significativo para las personas y para la sociedad.

Me corresponde enmarcar los aspectos deontológicos del debate que vamos a abrir en torno a la LORE y quiero exponerlo desde una doble perspectiva: en primer lugar, desde el respeto como actitud ética fundamental de la Medicina. Fue una línea original y significativa desarrollada por el profesor Gonzalo Herranz<sup>1</sup>. Sirva este punto de partida, de recuerdo a quien hemos perdido hace unos días. Como el Dr. Herranz afirmaba, la fecundidad del respeto como principio ético se pone de manifiesto cuando se aplica al ser humano deteriorado y frágil por las limitaciones propias de la enfermedad.

En segundo lugar, partimos del concepto de "Integridad profesional" que, como señala la Encyclopedia of Global Bioethics hace referencia a la definición de fines, principios que señalan una identidad profesional que permiten repensar los desafíos que se presentan a la profesión, y responder a requerimientos de pacientes y de la sociedad. Como afirma la Declaración de la Comisión Central de Deontología (DCM) "Reflexiones sobre la objeción de conciencia" (febrero de 2021), "los médicos somos agentes morales, no simplemente proveedores de servicios".

## Documentos ético-deontológicos. Panorama de la Deontología internacional

Aunque en 2021 la eutanasia está despenalizada en seis países (Holanda 1993, Bélgica 2002, Luxemburgo 2008 y Canadá 2016; en Colombia (sentencia 1998), y en otros lo está el suicidio

---

<sup>1</sup> Herranz Rodríguez, G. El respeto, actitud ética fundamental de la Medicina: lección inaugural del curso 1985-86. Pamplona: Universidad de Navarra, 1985.

médico asistido (Suiza, 11 Estados en USA, Victoria en Australia), la Asociación Médica Mundial, en 2019, reiteró su compromiso de “mantener el máximo respeto por la vida humana y su oposición firme a la eutanasia y al suicidio con ayuda médica”. Este organismo insiste en que “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).

En la misma línea están las últimas Declaraciones de países como EE.UU. (Declaración del American College of Physicians en contra de la legalización del suicidio médicamente asistido, 2017; Francia (Código Deontológico francés -artículo R.4127-38 del CPS- y la reforma de la ley sobre el final de la vida de 2016), Reino Unido (British Medical Association 2017), Alemania (Asociación Médica Alemana, BÄK 2019), Italia (Código Deontológico Médico de Italia, art. 17, 2014), Noruega (Código de Ética para Médicos noruego 2019) o Suecia (2018).

El Código de Deontología médica español de forma expresa afirma 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). Mandato de raíces hipocráticas y que conserva la fuerza del precepto negativo, pero no sabemos cómo quedará este punto tras la revisión del código en curso. En cualquier caso, como afirma la Disposición Final 2: “El médico que actúe amparado por las Leyes del Estado no podrá ser sancionado deontológicamente”.

El Código de Deontología (2011) también indica 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.” (Art. 36.1). 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 “Ha de tener en cuenta la voluntad explícita del paciente a rechazar tratamientos para prolongar su vida” (CD 2011, Art. 36.1).

Nos vamos a referir a tres cuestiones de la LORE: el reconocimiento de la capacidad del paciente para solicitar la eutanasia, las garantías del proceso que establece y la objeción de conciencia que reconoce.

### **La valoración de la capacidad de los pacientes**

Dice la LORE que “cualquier persona... puede solicitar la eutanasia, siempre que sea mayor de edad, capaz y consciente en el momento de la solicitud. La decisión de solicitar la prestación de ayuda para morir ha de ser una decisión autónoma, fundamentada en el conocimiento sobre su proceso médico, después de haber sido informada adecuadamente por el equipo sanitario responsable”. Sin embargo, la capacidad de decisión de las personas y su autonomía está condicionada por la enfermedad ya que la Ley se aplica en un contexto eutanásico de personas con “sufrimientos físicos o psíquicos constantes e insoportables sin posibilidad de alivio que la persona considere tolerable, con un pronóstico de vida limitado, en un contexto de fragilidad progresiva”.

La experiencia de otros países (MAID Deaths in Canada, 2016 to 2019; Belgium, Rapport 2019 de la Com féd de contrôle et d'évaluation de l'euthanasie; Euthanasia in the Netherlands, 2020

annual report) indica que más del 90% se trataba de personas con cáncer, el 23% con demencias y enfermedad mental, y que el 60% tenían entre 70 y 90 años. Es decir, también en la práctica observamos que las personas a las que se ha aplicado la eutanasia podían tener la capacidad de decisión comprometida por la enfermedad o situación personal y social.

Además, la LORE deja relativamente abierta la cuestión sobre cómo se establece la capacidad de la persona: “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 (Art. 5.2)”. La Ley no prevé ningún tipo de tutela desde el ámbito legal en el proceso (sí lo hace en el caso de la donación de órganos procedentes de donante vivo, por ejemplo) ni establece el recurso al psiquiatra que, en cualquier caso se puede plantear.

Se ha de tener en cuenta que determinar de forma fehaciente la capacidad de la persona para consentir en el caso de la eutanasia es especialmente relevante puesto que se trata de decidir sobre una actuación que es irreversible.

Y tanto la Sociedad Española de Oncología como la Sociedad Española de Psiquiatría advierten sobre los condicionamientos de la enfermedad en los procesos de deliberación y sobre la necesidad de discernir si una posible enfermedad mental concomitante condiciona la decisión<sup>2</sup>.

### **Garantizar el proceso**

Existe un compromiso del médico con la sociedad y hay intranquilidades sobre las garantías y cautelas que establece la LORE. Lo cual es lógico por los datos de lo acontecido en otros lugares. Los estudios realizados llaman la atención sobre el incremento progresivo del número de eutanasia en los países en los que está despenalizada. Se ha definido la llamada “pendiente resbaladiza” tanto por la ampliación de la eutanasia a supuestos no previstos en las regulaciones, como por la falta de voluntariedad de los pacientes a los que se ha aplicado<sup>3</sup>.

El artículo de la Universidad de Gante publicado por Kaspers y otros autores <sup>4</sup> destaca la ineficacia de las garantías establecidas por la ley, en este caso belga. Mucho más revuelo ha provocado el estudio cualitativo publicado en el JAMA por van den Berg V y van Thiel, Zomers que analiza los 53 casos de eutanasia aplicados en Utrech y Rotterdam a personas con Síndrome Geriátrico Múltiple entre 2013 y 2019. Los resultados indican que 28 de los casos

---

<sup>2</sup> Del mismo modo se pronuncia The report “Legal capacity and decision making: The ethical implications of lack of legal capacity on the lives of people with dementia” received funding under an operating grant from the European Union’s Health Programme (2014–2020): “... to ensure that they are enabled to participate in society on an equal basis with other citizens in all areas of life. This includes recognising everyone’s dignity and personhood, along with their hopes, fears and preferences. Such practices and procedures must be carefully designed and closely monitored to ensure that they are both legal and ethical. This is a task for everyone not just for lawmakers, policy makers, health and social care professionals and notaries.” 03/02/2021.

<sup>3</sup> Diane E. Meier The Treatment of Patients With Unbearable Suffering—The Slippery Slope Is Real. JAMA Intern Med. 2021;181(2):160-161. doi:10.1001/jamainternmed.2020.6884 ; Annals of Internal Medicine, The Slippery Slope of Legalization of Physician-Assisted Suicide.

<sup>4</sup> Kasper Raus, Bert Vanderhaegen, Sigrid Sterckx, *Euthanasia in Belgium: Shortcomings of the Law and Its Application and of the Monitoring of Practice*. The Journal of Medicine and Philosophy, 46: 80–107, 2021 doi:10.1093/jmp/jhaa031.

(53%) siempre se habían percibido a sí mismos como independientes y activos, y que ninguno de ellos padecía afecciones potencialmente mortales ni estaba en situación terminal<sup>5</sup>.

El artículo destaca que los síntomas incluidos en el Síndrome geriátrico múltiple, causa de petición de la eutanasia, son muy frecuentes en personas de más de 70 años con discapacidad visual (34 casos [64%]), pérdida auditiva (28 casos [53%]), dolor (25 casos [47%]) y cansancio crónico (22 casos [42%]). La solicitud de la eutanasia fue a menudo precedida frecuentemente por caídas recurrentes (33 casos [62%]). Y, si bien el sufrimiento físico se pudo determinar en todos los pacientes, la descripción pormenorizada mostró que el sufrimiento se presentaba en múltiples dimensiones, como la pérdida de movilidad (44 [83%]), temores y miedos (21 [40%]), la dependencia (23 [43%]), aislamiento social (19 [36%]). Lo cual muestra que, en la petición de la propia muerte, a menudo se entrelaza la dimensión social y existencial del sufrimiento.

### **La cuestión de los plazos**

Los plazos establecidos en la LORE para el proceso eutanásico preocupan porque condicionan la garantía del procedimiento. La ley contempla un plazo máximo de dos días desde que el médico recibe la solicitud de ayuda a morir hasta que cita al paciente para un proceso deliberativo en el que, además, se debe facilitar por escrito la información relativa al diagnóstico, posibilidades terapéuticas, resultados y cuidados paliativos. Este tiempo puede ser insuficiente para revisar a fondo el caso y recabar información completa, fidedigna y actualizada de la evolución clínica y, por tanto, puede comprometer la capacidad del médico para llevar a cabo el proceso deliberativo y la exposición de toda la información disponible.

También hay que tener en cuenta que el plazo de dos días se produce en un contexto de saturación asistencial ocasional o habitual de muchos servicios de Oncología Médica y pueden comprometer la actividad asistencial planificada. Es la reclamación expresada por la SEOM: “Que los plazos establecidos podrían ser inadecuados, teniendo en cuenta la dinámica asistencial y los cambios que el paciente sufre a nivel físico, psicológico o emocional”.

La Ley exige haber formulado por parte del paciente dos solicitudes de manera voluntaria y por escrito, dejando una separación de al menos quince días naturales entre ambas. El plazo previsto entre las dos solicitudes no parece suficiente para resolver los procesos agudos potencialmente reversibles que puedan condicionar las peticiones de eutanasia, y tampoco permite solucionar las cuestiones socio-sanitarias.

### **Características del proceso de garantías**

La LORE establece en su preámbulo “la creación de Comisiones de Garantía y Evaluación que han de verificar de forma previa y controlar a posteriori el respeto a la Ley y los procedimientos que establece”. En estos casos habrá que contemplar la necesidad de transparencia que ha de ser compatible con, como dice la normativa, “guardar secreto sobre el contenido de sus deliberaciones”. Así como un importantísimo apoyo técnico que facilite el análisis de las

---

<sup>5</sup> van den Berg V, van Thiel G, Zomers M, et al. Euthanasia and Physician-Assisted Suicide in Patients With Multiple Geriatric Syndromes. *JAMA Intern Med.* 2021;181(2):245–250. doi:10.1001/jamainternmed.2020.6895

situaciones y garantice un proceso, por respeto a los profesionales y protección de los pacientes, para la resolución de cuestiones.

Además, como señala la SEOM, en lo que respecta a su composición debería asegurar su independencia manteniendo un carácter plural bajo un punto de vista ideológico.

### **La colaboración necesaria con el proceso**

La Comisión de Garantías y Evaluación actúa sobre el procedimiento, no sobre la acción que es solicitada por el paciente pero, de alguna manera, quienes formen parte de la Comisión participan en el proceso de la eutanasia, al menos en aquellos casos en los que haya reclamaciones por parte de los pacientes. No va a ser fácil para quienes no estén de acuerdo con la práctica de la eutanasia colaborar con esta Comisión porque es difícil justificar la colaboración directa en el proceso eutanásico basándose en el respeto a la libertad de los demás o apoyándose en el hecho de que la ley civil lo prevé y exige.

La LORE, en su artículo 10.4, establece que “la Comisión de Garantía y Evaluación verificará e informará de forma definitiva al/la “médico responsable” en el plazo de siete días para que pueda proceder con la prestación de ayuda en sí”. Sin duda, habrá personas que estemos dispuestos a colaborar con un asesoramiento técnico, pero sin participar en la Comisión de Garantía y Evaluación porque formar parte de este órgano administrativo implica una cooperación directa con el proceso eutanásico.

### **Sobre la objeción de conciencia y el registro de objetores**

La Declaración de la CCD “Reflexiones sobre la objeción de conciencia” (febrero de 2021) recuerda la conexión entre valores y principios con la práctica médica y reconoce que la autonomía del paciente -y sus valores- puede colisionar con los del profesional, lo cual ha dado origen a la objeción de conciencia que es definida en la LORE como “el 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”.

Es importante diferenciar entre objeción de ciencia y pseudo-objeción. La objeción de ciencia supone un disenso, de base científica, respecto al diagnóstico, pronóstico, o tratamiento más recomendable para abordar la situación del paciente. En el caso de la eutanasia, la objeción de ciencia se refiere, fundamentalmente, al establecimiento del pronóstico, así como en las alternativas terapéuticas que puede tener un paciente que solicita la eutanasia. Mientras que la pseudo-objeción supone la no actuación médica basada en criterios de conveniencia o de carácter oportunista, situación que debe rechazarse por no ser una verdadera objeción. Además, la regulación debería contemplar la objeción de conciencia sobrevenida, cuando el profesional trata a un paciente y, sin haberlo previsto, se suscita la solicitud de la eutanasia. Son situaciones en las que el profesional objetor ha de presentar formalmente su objeción a sus superiores.

Según la LORE, la objeción de conciencia afecta a los profesionales “directamente implicados” (Art. 16.1) y correspondería a quienes participan en la eutanasia, es decir, el «Médico responsable» o el «Médico consultor» o facultativo con formación en el ámbito de las

patologías que padece el paciente y que no pertenece al mismo equipo del médico responsable. Lo cual abre un gran abanico de posibilidades.

Se sabe que, en el caso de Holanda, el mayor número de profesionales que ejecutan la eutanasia son Médicos de Familia (5.290, es decir el 83%), también intervinieron geriatras (269), médicos especialistas de hospitales (361), médicos en formación (61) y otros tipos de médicos (380)<sup>6</sup>; mientras que en Canadá sólo el 65% son Médicos de Familia, estando mucho más diversificado el tipo de especialista que la realiza.

La Declaración de la CCD “Reflexiones sobre la objeción de conciencia” aborda esta cuestión cuando expresa que “la despenalización de la eutanasia y del SMA lleva a los «Médicos responsables» de los pacientes» y a los «Médicos consultores» a una colaboración necesaria e imprescindible, por lo que estos procesos serían susceptibles del recurso tanto de la objeción de conciencia, como a la objeción de conciencia (n. 9).

Esta misma Declaración se hace eco de la opinión unánime de los Colegios de Médicos cuando rechaza la obligatoriedad de que los objetores estén inscritos en un registro y 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 (preservado en el artículo 16.2 de la Constitución Española). La creación de dicho registro podría ir en contra del derecho a la confidencialidad y la no discriminación.

Además, 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 (n. 7).

### **Conclusiones y propuesta de compromisos**

La Medicina ha incrementado su capacidad para tratar enfermedades y facilitar el proceso de morir, pero estamos lejos de lograr la atención adecuada, en el lugar correcto, en el momento adecuado. Se mantiene el reto de desarrollar mejores cuidados y de facilitar la formación a los profesionales de la salud en la asistencia paliativa, para cuando se requiera y para cuando la prioridad de la actuación médica sea el alivio o incluso la supresión de los síntomas refractarios.

La nueva situación a la que la LORE nos enfrenta nos lleva a recordar a todos los profesionales de la Medicina los siguientes compromisos que emanan de la actividad clínica. Hemos de:

- Respetar a todas las personas, también su autonomía y dignidad, y proteger a las más vulnerables/frágiles de la sociedad.
- Velar por la salud y la vida de los pacientes. Y especialmente, cuidar a los enfermos al final de la vida.
- Investigar y seguir buscando medios para aliviar el dolor y el sufrimiento.
- No discriminar, incluidas razones de enfermedad o incapacidad.
- Ejercer la profesión con conciencia y dignidad, conforme a la buena práctica médica.

---

<sup>6</sup> Holanda, Comisiones Regionales de Verificación de la Eutanasia. Informe Anual 2019.

- Proporcionar asesoramiento y apoyo al conjunto de profesionales sanitarios.

Médicos y pacientes debemos continuar buscando juntos las respuestas a los desafíos que supone vivir con una enfermedad grave antes de la muerte. El enfoque de la profesión y de la sociedad debe estar dirigido a potenciar los esfuerzos para abordar el sufrimiento y las necesidades de los pacientes.