1. **DISCURSO INAUGURAL DEL CURSO ACADÉMICO 2022**

Pronunciado por el Académico Numerario titular del sillón Territorial de Ferrol. **Ilmo. Sr. D. Javier Martínez Pérez-Mendaña**

**LA EUTANASIA Y SU SIGNIFICADO**

El 19 de septiembre de 2015 la Organización Médica Colegial y la Sociedad Española de Cuidados Paliativos emitieron un documento sobre la “Atención al final de la vida. Conceptos y definiciones”:

No es eutanasia la *Obstinación terapéutica*, instauración de medidas no indicadas, desproporcionadas o extraordinarias con la intención de evitar la muerte a un paciente tributario de cuidado paliativo. Es una mala práctica; la *Adecuación del esfuerzo terapéutico*, retirar, ajustar o no instaurar cuando lo aconseje la situación del paciente; la *Sedación paliativa*; *el Homicidio; el Suicidio; la Omisión del deber de socorro profesional; el Rechazo del tratamiento y la Denegación del consentimiento.*

Son ejemplos de lo que no es eutanasia: La desconexión del respirador en una persona clínicamente muerta o con graves padecimientos, situación irreversible, o enfermo terminal que no puede experimentar mejoría y así lo haya solicitado; dejar “morir en paz”, cuando se deja morir en paz de un modo natural, sin someter el proceso en una prolongación artificial e inútil de la vida; y la *Sedación terminal* para evitar sufrimiento, situación en la que se bebe cumplir el principio de doble efecto:

Que la acción en sí misma sea buena o, al menos indiferente; que el fin que se persigue sea obtener el efecto bueno y, simplemente, se permita el malo; que el efecto primero e inmediato que se ha de seguir sea el bueno y no el malo; y que exista una causa proporcionalmente grave para actuar(Marcos del Cano y De La Torre, 2019).

“Eutanasia activa es la actuación de un profesional sanitario que produce de forma deliberada la muerte de su paciente con una enfermedad irreversible, porque éste, siendo capaz, se lo pide de forma expresa, reiterada y mantenida, por tener una vivencia de sufrimiento derivada de su enfermedad que experimenta como inaceptable, y que no se ha conseguido mitigar por otros medios”. Es legal en Holanda, Bélgica, Luxemburgo, Canadá y Colombia.

En el Suicidio asistido o Eutanasia pasiva la actuación del profesional sanitario se limita a proporcionar al paciente los medios necesarios para que sea él mismo quien se produzca la muerte. El paciente es el sujeto activo. Es legal en Suiza, Alemania y Austria, y en EEUU en California, Montana, Washington, Oregón y Vermont.

La Asociación Médica Mundial fue fundada en París en 1947 por médicos de 27 países habiéndose celebrado la Primera Asamblea General en enero de 1947. Su objetivo ha sido asegurar la independencia de los médicos y los mayores niveles de conducta ética y atención médica. Es una asociación independiente que se financia a través de cuotas anuales de sus miembros. En la Asamblea General celebrada el 22 de noviembre de 2019 en Tiflis (Georgia), comunicó “su fuerte compromiso con los principios de ética médica”, ratificando su rotunda oposición a la eutanasia y al suicidio asistido con ayuda médica (1).

Historia

En la antigüedad los médicos hipocráticos se abstenían de tratar enfermedades mortales. Se retiraba y dejaba al enfermo para que se preparase. Se buscaba morir en paz, permitiéndose entrar al sacerdote o al rabino o algún acompañante espiritual. Ocurría en un contexto familiar y espiritual.

El Juramento Hipocrático determina, “no administraré una droga mortal a nadie, aunque lo solicite, ni haré ninguna sugerencia a tal efecto” (Hipócrates, Cos, 460 a. C.-Tesalia, 370 a. C.).

Polibio (200 a. C.-118 a. C.) y Cicerón (106 a. C. - 43 a. C.), se refieren a la muerte oportuna (acaece en su momento), la muerte después de una vida plena, la muerte recta o digna, asumida y serena, dejarse morir como algo propio de la vida (estoicos). Es la muerte gloriosa u honrosa a la que se refieren Polibio y Cicerón, o la muerte suave y tranquila, sin sufrimiento, de la que habla Suetonio.

El médico alemán Karl F. H. Marx se refiere a “Esa ciencia, la eutanasia, que frena los rasgos agresivos de la enfermedad, alivia el dolor, y propicia la mayor serenidad en la hora suprema e ineludible… pero nunca debería estarle permitido al médico, inducido ya por el reclamo de otras personas, ya por su propio sentido piadoso, cesar la penosa condición de un paciente y acelerar su muerte a propósito y deliberadamente” (1826).

Las primeras sugerencias claras sobre que los médicos deberían precipitar la muerte de los agonizantes vinieron, según parece, no de la profesión médica, sino de colectivos ajenos a ella. En la década de 1870, dos ensayistas ingleses, Williams Samuel Williams y Lionel Tollemache, escribieron artículos abogando por esta práctica.

Williams escribió: “… en todos los casos de enfermedad terminal y dolorosa, debería reconocerse el deber del asistente médico, siempre que así lo deseara el paciente… de eliminar de una vez la consciencia y proporcionarle una muerte rápida e indolora”.

Lionel A. Tollemache (1838 – 1919) en el ensayo *“La nueva curación de los incurables”* se refirió a una “población hacinada”, una “lucha por la supervivencia” y la idea de que las personas crónicamente enfermas son inútiles y desplazan a personas más sanas y útiles.

Que los médicos resolvieran la situación quitando sus vidas se repetiría en otras naciones europeas. Incluso antes del surgimiento del fascismo se publicaron libros en Alemania defendiendo que el Estado tenía el derecho a quitar la vida a los enfermos terminales, los enfermos mentales, los retrasados psíquicos y los niños “deformes”.

Adolf Jost (1874 - 1908), en su libro “El derecho a morir”, argumenta que el estado tenía derecho a matar para mantenerlo fuerte y sano. Los autores de uno de estos libros (psiquiatra y filósofo) hablan de “matar como algo higiénico” y como “una terapia saludable”.

Ha habido cambios culturales en el bien morir que pueden inspirarse en el documento de la figura del Buen Samaritano como paradigma de un cuidado integral que se deja afectar, venda las heridas, carga con el herido e incluso invierte dinero y se compromete a pagar los gastos de la posada a su vuelta. Es un documento muy rico que debe ser profundizado y que ahonda en la experiencia de Cristo sufriente y de la Resurrección como manifestación de la cercanía de Dios al hombre en sus angustias y dolores al final de la vida (1).

Hay documentación bibliográfica y en la historia del arte en donde sus autores pretendieron reflejar la buena muerte siendo un buen ejemplo el cuadro que representa a Isabel la Católica dictando su testamento en el Castillo de La Mota el 26-11-1504 (Eduardo Rosales, 1864, Museo del Prado).

Resulta también significativo el cuadro que representa a la figura del Buen Samaritano de William Henry Margetson (1861 – 1940) por la importancia que el cuidado del enfermo tiene, considerándose, el buen cuidado como uno de los principales antídotos de la eutanasia.

En la modernidad predomina el imperativo tecnológico. Hacer todo lo posible siempre, con terapias agresivas, obstinación terapéutica, buscando vencer la muerte, luchar contra ella, tener éxito, alargando la vida lo más posible, sucediendo casi siempre en manos de los médicos.

En la actualidad se considera que no todo lo que técnicamente se puede hacer se debe hacer habiendo surgido el concepto de futilidad terapéutica (1989), que mejor sería denominarlo limitación o adecuación del esfuerzo terapéutico, aceptando cuando ya no se puede curar si se debe acompañar y cuidar, permitiendo el acompañamiento de familiares y amigos.

La muerte en otras tradiciones religiosas

La religión judía considera que la vida humana y cualquier fracción de vida tienen un infinito valor.

El Talmud compara al moribundo con la llama de una vela consumiéndose y a punto de apagarse. Si un hombre la toca con un dedo, se apagará enseguida.

En el Islán, para el Corán Alá es el único que decide sobre la vida y la muerte. Hay una sumisión a la voluntad divina, y la misericordia no es razón para quitar la vida porque la muerte ocurre conforme a la voluntad divina.

El budismo no permite intervenir directamente para suprimir la vida, no se puede alargar innecesariamente con medios artificiales, pero si se puede paliar el sufrimiento inútil dejando morir en paz. La eutanasia es rechazada de forma mayoritaria.

Para el Hinduismo la muerte individual sólo significa la muerte de un cuerpo porque el ser humano es indestructible. La muerte es la prefiguración de la liberación final y un punto crítico de la descomposición del agregado cuerpo - espíritu. Lo importante es lo invisible (1).

Legalización de la eutanasia en España

De los 97 estados del mundo desarrollado España se ha convertido en el país número 14 en el que la eutanasia es legal, no habiendo sido pocas las instituciones que se opusieron: Consejo General de Colegios Médicos de España, en cuyo código deontológico se indica que “el médico nunca provocará la muerte de un paciente, ni en el caso de petición expresa por parte de este” (2).

La Asamblea General de la Asociación Médica Mundial reunida en Tiflis (Georgia) el 22 de noviembre de 2019 que confirmó su compromiso con la ética médica “ratificando su firme oposición a la eutanasia y auxilio al suicidio asistido con ayuda médica” (3).

Y el Comité de Bioética de España, que en octubre de 2020 emitió un informe indicando que “existen sólidas razones para rechazar la transformación de la eutanasia y auxilio al suicidio en un derecho subjetivo y en una prestación pública, y ello no solo por razones de contexto social y sanitario, si no, más allá, por razones de fundamentación ética de la vida, dignidad y autonomía” (4).

Valoración desde la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM) de la “Ley Orgánica de la Regulación de la Eutanasia”. Documento creado por la Sección de Bioética y revisado por la Sección de Cuidados Continuos. Abril 2021.

Refiero a continuación las consideraciones finales del documento:

“El debate ético y clínico acerca de la prestación de ayuda para morir mediante eutanasia o ayuda al suicidio no está resuelto ni consensuado a nivel social, ni médico ni legal. • Los valores de nuestra sociedad actual están establecidos sobre la protección de la vida humana en cualquier condición. • La dignidad intrínseca de la persona, en la que se basa el respeto a su vida, es mucho más que la autonomía o la ausencia de limitaciones. Es permanente, por encima de cualquier tipo de características o condiciones, presentes o ausentes, y en ningún caso se pierde por una enfermedad limitante o por falta de capacidad para el autocuidado • El código deontológico médico no reconoce la eutanasia como un acto médico. Consecuentemente, la regulación legal de algo tan controvertido, si se considera imprescindible, debería comenzar por despenalizar supuestos, más que establecerlo como un derecho con la consiguiente obligación para profesionales que se ven profundamente interpelados en su conciencia por estos actos. Actualmente, no es posible asegurar la decisión libre de presiones de una persona gravemente limitada o con sufrimiento intolerable en un sistema que no asegura la cobertura adecuada de cuidados paliativos ni el soporte socio - económico. Desde SEOM reclamamos el acceso universal al soporte clínico, económico y humano suficiente, para que ninguna solicitud de prestación de ayuda para morir pueda ser tomada por presión externa de la situación adversa o de un sufrimiento inadecuadamente tratado. No pueden considerarse formas de eutanasia la adecuación proporcionada del esfuerzo terapéutico o el tratamiento de un síntoma refractario mediante sedación paliativa, con el objetivo de aliviar el sufrimiento y no de acelerar la muerte. Son actos médicos imprescindibles en el cuidado de los pacientes con enfermedades irreversibles o sufrimiento refractario. Cualquier petición de eutanasia a causa de una enfermedad neoplásica debe ser valorada de forma multidisciplinar por los especialistas en Oncología Médica, Radioterápica, Cirugía, Unidad del Dolor, Cuidados Paliativos, Psicología y resto de especialistas relacionados, para asegurar la irreversibilidad y ausencia de posibilidades de mejoría. La valoración de una petición de eutanasia requiere una atención y dedicación de tiempo por parte del Oncólogo Médico que actualmente, con los recursos humanos disponibles en la mayoría de los centros públicos, es imposible prestar sin menoscabar la atención a otros pacientes. Con respecto a la objeción de conciencia por parte de los profesionales sanitarios o instituciones, debe asegurarse preservando la libertad ideológica de cada uno, la posibilidad de diferenciar casos individuales, y la objeción de conciencia institucional (5).

**Declaración oficial contra el Proyecto de Ley de Eutanasia de los Colegios de Farmacéuticos, Odontólogos y Médicos de Madrid**

Madrid, 13-01-2021

El Colegio de Farmacéuticos de Madrid (COFM), el Colegio de Odontólogos y Estomatólogos de la I Región (COEM), y el Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Madrid (ICOMEM), denunciamos la indefensión para los profesionales sanitarios y el riesgo para la población que supone la ley de eutanasia y queremos poner de manifiesto la grave preocupación que estos profesionales tienen ante el proyecto de ley de eutanasia.

La eutanasia está prohibida en toda Europa con la excepción del Benelux.  La sociedad puede ser confundida mediante una intensa presión desde los medios, pero las profesiones sanitarias no. Conocemos la gravedad de las acciones que conlleva, a nivel personal e institucional, y la “pendiente deslizante” hacia la eliminación y/o corrupción del derecho a la vida que implica. La demanda de eutanasia es mínima o nula cuando el paciente es atendido por un equipo de profesionales experto. En vez de potenciar unos Cuidados Paliativos poco desarrollados, la única alternativa que propone esta ley a pacientes con enfermedades avanzadas es matarlos. Es particularmente grave el engaño que nace con la ley de considerar la muerte provocada por eutanasia como muerte natural, algo injustificable.

Esta ley es también muy inoportuna, teniendo en cuenta la situación de pandemia y el gran número de sanitarios que se han visto afectados por el coronavirus. Es incomprensible que, en ausencia de demanda social, la ley se tramite de forma acelerada por decreto, sin diálogo alguno con las profesiones sanitarias y contra el criterio del Comité de Bioética, máximo órgano asesor del gobierno en este tema.

Demandamos una Ley General de Cuidados Paliativos, previo diálogo con las profesiones sanitarias, y la retirada del proyecto de ley de eutanasia. En el caso de que no se produzca dicha retirada, nos reservamos el derecho de solicitar a la Comunidad de Madrid, última responsable de la sanidad en nuestro ámbito, la no aplicación de una ley injusta que va contra la ética y la deontología (5).

Discusión y conclusiones

Intentamos rechazar el envejecimiento. Vivimos la muerte como tabú y culturalmente tenemos dificultades para asumir la dependencia, la pasividad, y el dolor.

Se han producido enormes cambios en los agentes que participan en la eutanasia: En España, a fecha 1 de enero de 2019, eran mayores de 65 años 8.908.151 (19% de la población), que representaban el 55 % de las estancias y el 43 % de las altas hospitalarias. En Galicia los datos porcentuales son exactos a los nacionales.

Médicos, enfermos, políticos, jueces, cuidadores, ciudadanos, el sistema sanitario, la pirámide de población, las relaciones familiares, la soledad, no son los mismos que hace 30 o 40 años*.*

La tradición cristiana ofrece una orientación llena de prudencia, humanismo y compasión: Aliviar el dolor, cultura del cuidado, respeto, ternura y aprender a dejar morir en paz.

Dos argumentos para rechazar la eutanasia son: Las consecuencias para los más vulnerables y para los médicos.

Apostar por los cuidados paliativos, fortalecer las condiciones sociales y económicas para aumentar la autonomía del enfermo, la defensa del derecho a la vida y el apoyo a la cultura del cuidado.

Las religiones monoteístas (judía, cristiana y musulmana) afirman con claridad el respeto a la vida, dejar morir en paz, y rechazo a la eutanasia.

La eutanasia y el suicidio asistido no son una teoría, una doctrina, sino un asunto que afecta a personas vulnerables de carne y hueso que viven a nuestro lado, con sufrimiento en la etapa final de la vida y en las que, más que hablar de leyes hay que cuidarlas bien. Lo importante no son las teorías, doctrinas y argumentos, sino el cuidado, la escucha y el acompañamiento al final de la vida porque “Hay enfermedades incurables, pero no hay enfermos incuidables”.

En el año 1990 en Bélgica la petición de la eutanasia era exclusiva para los enfermos terminales con grave sufrimiento y mayores de edad. Desde 2002 puede ser solicitada desde los 12 años y desde los 16 incluso sin consentimiento de los padres. Ya se aplica también a los bebés de menos de un año que a juicio de los médicos y progenitores vayan a tener una calidad de vida muy pobre. Se ha aplicado también en adultos jóvenes por depresión severa. A esta situación se le denominó pendiente resbaladiza.

La “Píldora Drión” la podrán utilizar los mayores de 70 años cansados de vivir (suicidio asistido) aunque no padezcan enfermedad alguna. El gobierno de Bélgica manifestó el deseo de aprobarla.

Aun así, hay espacios de penumbra y de duda ante muchas situaciones dramáticas.

Epilogo

Henk ten Have, director de la División de Bioética y Tecnología de la UNESCO manifestó: “La bioética nació ante la necesidad de una disciplina que hiciese frente a los principales problemas de la humanidad, ahora es momento de reflexionar y de reeducarnos… Mientras unos debaten sobre la eutanasia, otros ni médicos tienen… Muchos médicos se hacen esta pregunta, ¿si quieres morir por que tengo que ser yo quien te ayude”.

Antonio Felipe, diputado del Partido comunista portugués, hizo en 2018 las declaraciones siguientes: “La eutanasia no es una señal de progreso sino un retroceso de la civilización… Se ha instalado un verdadero negocio internacional de la muerte anticipada… Qué alguien pretenda anticipar el fin de su vida porque no tiene garantizados los cuidados necesarios merece solidaridad, compasión y apoyo para que tenga una verdadera alternativa... La oposición del partido comunista portugués a la eutanasia radica en movilizar los avances técnicos y científicos para asegurar el aumento de la esperanza de vida y no para acortarla”.

Marcos Gómez Sancho, es el director de la Unidad de Cuidados Paliativos del Hospital Universitario “Doctor Juan Negrín” de Las Palmas de Gran Canaria en la que se atendieron a más de 25.000 enfermos. Cuando se le preguntó, ¿es habitual que manifiesten que se quieren morir?Lo habitual es que lo hagan debido a la presencia de dolor mal tratado. En cuanto se les aplica morfina dejan de pedir la eutanasia”. En su unidad, entre 25.000 pacientes terminales solo hubo 4 solicitudes y a él sólo se lo solicitó un paciente solucionándose el caso con sedación paliativa.

El “Informe del Comité de Bioética de España sobre el final de la vida y la atención al proceso de morir, en el marco del debate sobre la regulación de la eutanasia: Propuestas para la reflexión y la deliberación”, concluye: “A lo largo de este informe hemos visto que existen sólidas razones para rechazar la transformación de la eutanasia y/o auxilio al suicidio en un derecho subjetivo y en una prestación pública. Y ello no solo por razones del contexto social y sanitario, sino, más allá, por razones de fundamentación ética de la vida, dignidad y autonomía. 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 socio sanitarios, ni, además, queda limitada en sus efectos al propio espacio privado del individuo”.

En Madrid, a 6 de octubre de 2020.