



TALLER 5

EUTANASIA Y CUIDADOS PALIATIVOS

Dr. Ángel Hernández Gil

Coordinador del Taller. Presidente Comisión de Deontología y Ética Médica de Andalucía

Dra. María Castellano Arroyo

Dr. Joaquín Fernández-Crehuet Navajas

A) Planteamientos

INTRODUCCIÓN.

Coordinador del Taller:

- Dr. D. Angel Hernández Gil. Presidente de la Comisión de Deontología y Ética del Consejo Andaluz de Colegios de Médicos. Director Académico de la Cátedra de Profesionalismo Médico del Consejo Andaluz de Colegios de Médicos.

Colaboradores en la dos sesiones del Taller:

- Profesora Dra. D^a. María Castellano Arroyo. Catedrática emérita de la Universidad de Alcalá de Henares (Madrid). Académica de Número de la Real Academia Nacional de Medicina. Académica de Número de la Real Academia de Medicina de Andalucía Oriental.
- Profesor Dr. D. Joaquín Fernández-Crehuet Navajas. Catedrático emérito de la Universidad de Málaga. Académico de Número de la Real Academia de Medicina de Andalucía Oriental. Director de la Cátedra de Ética Médica del Hospital El Ángel de Málaga.

Invitados especiales al Taller práctico:

- Profesor Dr. D. Salvador González Barón. Catedrático emérito de la Universidad de Málaga. Ex Decano de la Universidad de Málaga.

- Profesor Dr. D. Jacinto Bátiz Cantera. Secretario de la Comisión Central de Deontología Médica de la Organización Médico Colegial de España. Presidente de la Comisión de Deontología Médica del Colegio de Médicos de Vizcaya. Especialista Universitario en Cuidados Paliativos por la Universidad de Deusto.

- Dr. D. Dr. Juan Francisco Corral Báez. Médico del Colegio Oficial de Médicos de Málaga.

El Taller contó con la inscripción de 99 personas.

PRIMERA SESIÓN TALLER. PLANTEAMIENTO TEÓRICO. -13 NOVIEMBRE DE 2020-

Tras los oportunos agradecimientos al Comité Científico del 22 Congreso Católicos y Vida Pública por la invitación cursada a los ponentes del Taller 5 “*Eutanasia y Cuidados Paliativos*”, el Coordinador del Taller, Dr. Angel Hernández Gil realizó una breve introducción del curso y contenido del Taller durante los dos días para posteriormente presentar al resto de ponentes, el Profesor Dr. D. Joaquín Fernández-Crehuet Navajas y la Profesora Dra. D^a. María Castellano Arroyo.

Inicialmente el Catedrático Emérito de la Universidad de Málaga, Profesor Dr. D. Joaquín Fernández-Crehuet Navajas, abordó los fundamentos de la Proposición de Ley Orgánica de regulación de la Eutanasia, expuso los conceptos de eutanasia y suicidio asistido y los fundamentos deontológicos y éticos respecto a la oposición de dichas prácticas en el ejercicio de la profesión médica. De igual delimitó entre el foro de asistentes aquellas actitudes que pueden ser catalogadas como eutanásicas como las que se alejan de la misma, definiendo conceptos fundamentales como la limitación/adequación al esfuerzo terapéutico, el rechazo al tratamiento y el testamento vital/declaración de voluntades vitales anticipadas. En la parte final de su exposición presentó la Asociación “*Euwita*”, en la que se apuesta por acompañar a los enfermos en la etapa final de la vida, en aliviar su sufrimiento y ayudarles a morir en paz.

Seguidamente se expondrá un breve resumen de la excelente exposición presentada por el Académico Dr. D. Joaquín Fernández-Crehuet Navajas.

La futura Ley sobre Eutanasia y el Suicidio asistido - Proposición de ley orgánica de regulación de la eutanasia. Congreso de los Diputados, 24 de enero de 2020- es un ejemplo palmario de esos dilemas éticos que necesitan una reflexión sosegada, al representar en nuestra opinión una autentica amenaza para la población general y en particular sobre la profesión médica. Personalmente la entendemos como un auténtico acto perverso, al *“cambiar el orden o el estado de las cosas”*, ya que con ella, entre otras cosas- se van a romper dos paradigmas fundamentales, el derecho constitucional a la vida, según el art. 10.1 de la C.E. *“la dignidad de la persona, los derechos inviolables que le son inherentes... son fundamento del orden político y de la paz social”*, y el fundamento de la ética hipocrática del conocido *“primum non nocere”*, consagrando al contrario, el derecho perverso a ser matado.

En la exposición de motivos de la proposición de Ley, se argumenta que *“la legalización y regulación de la eutanasia se asientan sobre la compatibilidad de unos principios constitucionales, de un lado, los derechos fundamentales a la vida y a la integridad física y moral, y de otro, bienes constitucionalmente protegidos como son la dignidad, la libertad o la autonomía de la voluntad”*. Sin embargo, toda la orientación de la ética sanitaria defendida en la mayoría de las convenciones médicas internacionales sobre la orientación de la medicina en el siglo XXI, están de acuerdo en proclamar que los dos objetivos prioritarios de los profesionales sanitarios son el luchar contra las enfermedades prevalentes, tanto en su tratamiento como en su prevención; y en segundo, lugar, aliviar el sufrimiento y conseguir que los pacientes mueran en paz.

Conviene, para aclarar conceptos, definir de forma concreta los términos eutanasia y suicidio asistido, aunque las diversas legislaciones existentes le añaden algunos matices que en nada cambian el objetivo que pretenden conseguir.

Eutanasia es la provocación intencionada de la muerte de una persona que padece una enfermedad avanzada, o terminal, a petición expresa de ésta y en un contexto médico; y el suicidio asistido es la ayuda médica para la realización de un suicidio, ante la solicitud de un enfermo, proporcionándole los fármacos necesarios para que él mismo se los administre.

La futura Ley de la eutanasia representa, un ejemplo palmario de cómo el hombre se proclama libre creador de la ética, olvidando la existencia de axiomas intemporales comúnmente aceptados como el hecho de que ningún derecho puede proponerse como fundamento de

su propia destrucción. Es decir, la voluntad de una persona no puede disponer de su propia vida, pues de este modo se niega a sí misma y se autodestruye y por tanto, aceptar como derecho la libertad para matarnos, es una completa aporía filosófica.

La formación del médico siempre ha estado orientada a curar y cuando no es posible, siempre a aliviar y a consolar. Sin embargo, la eutanasia es un acto fuera de la medicina, que busca deliberadamente producir la muerte como un acto finalista, y que ha sido rechazada por la Medicina y los Médicos siempre y en todo lugar, desde el Juramento Hipocrático hasta la reciente Declaración de la AMA. Por ello, proponemos desmedicalizar los términos eutanasia y suicidio asistido, ya que en sentido estricto y en puridad no son *“actos médicos”*.

El Juramento Hipocrático actualizado por la Asociación Médica Mundial -cfr. Nuevo Juramento Hipocrático. Declaración de Ginebra. 68ª Asamblea General de la AMM, Chicago, Estados Unidos, Octubre 2017- establece un compromiso indiscutible a favor de la vida: *“Hago esta promesa solemne y libremente, empeñando mi palabra de honor y prometo solemnemente dedicar mi vida al servicio de la humanidad; velar ante todo por la salud y el bienestar de mis pacientes; respetar la autonomía y la dignidad de mis pacientes; velar con el máximo respeto por la vida humana; no permitir que consideraciones de edad, enfermedad o incapacidad, credo, origen étnico, sexo, nacionalidad, afiliación política, raza, orientación sexual, clase social o cualquier otro factor se interpongan entre mis deberes y mis pacientes; etc”*.

Es de destacar el Posicionamiento del Consejo Andaluz de Colegios Médicos en una Declaración de su Comisión de Deontología y Ética Médica, en el que de forma unánime se reafirma en su compromiso de servicio al ser humano y a la sociedad, así como en el respeto a la vida humana, la dignidad de la persona y el cuidado de su salud. Por ello, se entiende que la eutanasia y el suicidio asistido no pueden ser considerados actos médicos *“sensu estricto”* ya que el respeto a la vida humana pertenece al mínimo ético que define el núcleo de la profesión médica. *“La profesión médica está al servicio del ser humano y de la sociedad. Respetar la vida humana, la dignidad de la persona y el cuidado de la salud del individuo y de la comunidad son los deberes primordiales del médico”*. cfr. Art.5 del actual Código de Deontología Médica,(CDEM)-. En dicho Posicionamiento se afirma de forma palmaria que no existen variantes éticas de eutanasia, por compasivos que puedan ser sus móviles, siendo todas ellas deontológicamente reprobables, al representar siempre una afrenta a la regla moral básica de la No Maleficencia (Primum Non Nocere). El actual CDEM, Capítulo VI, Art 36.3, es rotundo

cuando afirma: *“el médico nunca provocará intencionadamente la muerte de ningún paciente, ni siquiera en caso de petición expresa por parte de éste”*. Este pronunciamiento es coincidente y ratifica lo expresado, en la reciente Declaración de la Asociación Médica Mundial (AMM) en su Asamblea anual en Tiflis, Georgia, celebrada el 27 de octubre de octubre de 2019, en la que reitera su máximo respeto por la vida humana, oponiéndose firmemente a la eutanasia y al suicidio con ayuda médica. La declaración de la Asociación Médica Mundial (AMM) agrega que *“ningún médico debe ser obligado a participar en la eutanasia o el suicidio asistido, ni ningún médico debe estar obligado a tomar decisiones sobre derivación para este fin”*. Esta afirmación ratifica y es coincidente con otras declaraciones anteriores de la AMM y del Consejo General de Colegios de Médicos (Cfr. Asamblea General Posicionamiento del CGCOM ante la eutanasia y el suicidio asistido – Declaración de Melilla de 21 Mayo de 2018-. Ambas se oponen al suicidio asistido y a la eutanasia reiterando su posición al considerar: *“la eutanasia, es decir, el acto deliberado de poner fin a la vida de un paciente, aunque sea por voluntad propia o a petición de sus familiares, es contraria a la ética”*.

La Proposición de Ley de la Eutanasia defiende el derecho a morir y la incluye como una prestación más dentro de la cartera de servicios del Sistema nacional de Salud, incluso garantizando su accesibilidad universal y eliminando cualquier retraso en su ejecución. Sin embargo, no existe una Ley de Cuidados Paliativos que posibilite una alternativa sanitaria que consagre el derecho a vivir sin sufrimiento en las últimas fases de una enfermedad. Es decir, el único derecho que preocupa a nuestros gobernantes es el de eliminar enfermos frente al de cuidarlos hasta que mueran.

Nosotros proponemos *“el derecho a morir en paz”* del enfermo, que significa morir sin dolor u otros síntomas mal controlados que hagan sufrir, sin que se acorte o se prolongue de forma innecesaria la vida; morir rodeado del cariño de la familia y los amigos; morir con la posibilidad de haber sido informado adecuadamente, eligiendo el lugar (hospital o domicilio); y participando en todas las decisiones importantes que le afecten.

Es un auténtico desperdicio que nuestros políticos en plena pandemia de COVID-19, con más de 50.000 fallecidos, en medio de tanto esfuerzo por curar y cuidar a nuestros enfermos, elijan como prioritario el debate de la Ley de la eutanasia, desaprovechando la oportunidad para demostrar su sensibilidad humana ante el dolor de miles de familia que sufren la violencia de una crisis sanitaria gravísima. Como acertadamente apunta el Dr. Jacinto Bátiz, experto en Cuidados Paliativos *“la prioridad de*

las leyes debieran estar en función de las necesidades de la mayoría; una vez garantizadas estas necesidades, podría ser legítimo garantizar las del resto, pero no es legítimo a la inversa”.

La solución alternativa a la ley de la Eutanasia estaría en promulgar una ley nacional de cuidados paliativos, para garantizar el acceso universal a estos cuidados como parte fundamental de la cartera de servicios del SNS. Sin embargo, se han olvidado de decir que cada año 80.000 personas que necesitan estos cuidados no pueden acceder a ellos. En el año 2002, la Organización Mundial de la Salud, definió los cuidados paliativos como [...] *“el método que mejora la calidad de la vida de los pacientes y sus familias que enfrenta al problema asociado con enfermedades terminales debido a la prevención o alivio del sufrimiento por medios de la pronta identificación y correcta valoración y tratamiento del dolor y otros problemas físicos, psicológicos y espirituales”.*

Como recientemente ha recordado el COM, es realmente prioritario y urgente el acceso universal y equitativo a los cuidados paliativos de calidad en el Sistema Nacional de Salud, por lo que deberían ser asumidos como un deber por parte de la administración sanitaria, dotándolos de recursos necesarios y suficientes para su desarrollo.

Y más recientemente el Comité de Bioética de España, en su Informe 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 advierte, que legalizar la Eutanasia supone iniciar un *“camino devastador”* para la protección de la vida, con fronteras *“harto difíciles de prever”*. Este Comité también propone la protocolización, en el contexto de la buena praxis médica, de la sedación paliativa frente a casos de síntomas de sufrimiento refractarios.

Como reflexión final, refirió el Dr. Fernández Crehuet extrapolando las palabras del Dr. Marcos Gómez Sancho que la eutanasia y el suicidio asistido son una coacción moral a las personas más frágiles. Recordó que en España hay más de 30.000 pacientes con cáncer mayores de 65 años que viven solos; 300.000 ancianos que viven en soledad y en pobreza. Según la SECPAL (Sociedad Española de Cuidados Paliativos) en 2019, murieron en España 77.500 pacientes con dolor evitable. La Ley de Dependencia fracasa en el acceso a los pacientes al igual que no existen permisos remunerados para los cuidadores.

Por todo ello, la eutanasia y el suicidio asistido como política sanitaria empujan inevitablemente a la muerte a los más vulnerables. Existe una imperiosa necesidad en realizar políticas de prevención destinadas a controlar las situaciones de especial vulnerabilidad, en pacientes que se

encuentran en soledad, con sufrimiento y dolor, con alteración del estado de ánimo -depresión- y falta de recursos económicos y de apoyo social y familiar.

Finalizó la brillante exposición el Dr. Fernández-Crehuet trasladando dos citas. La primera, del Papa Francisco, al referir *“los médicos han de ser artesanos de la misericordia”*. La segunda y última, de Escribonio Largo (siglo I a.C.) que alude a las cualidades que debe reunir un médico bueno: *“Vir bonus, medendi peritis, plenus misericordia et humanitas”*, esto es, *“el médico, un hombre bueno, perito en el arte de curar y lleno de misericordia y humanidad”*.

Continuó el Taller la Profesora y Dra. María Castellano Arroyo abordando en su exposición como tema central los Cuidados Paliativos.

Inició su presentación con una cita de Pellegrino: *“La Medicina es la más humana de las artes, la más artística de las ciencias y la más científica de las humanidades”*, para destacar que el eje de la Medicina debe ser un compendio de Ciencia y de Arte.

Decía Hipócrates que *“el oficio es duro y el arte difícil”*. El *“oficio”* debe ser considerado como el acto médico científico, objetivo, probado, riguroso. El *“arte”*, como el especial trato a la persona con su estructura mental (comprensión, razonamiento, juicio, libertad, sus emociones, sentimientos).

La Medicina Ciencia abarcaría desde el empirismo-racionalismo-positivismo, con el aprovechamiento de los avances propios y los experimentados por todas las ciencias afines, como la Biología molecular, la Genética, la Informática, la Inteligencia artificial o el Big Data hasta llegar al definitivo Acto médico virtual. Es lo que en la actualidad se denomina *“Medicina basada en la evidencia”* que - *“Medicina predictiva personalizada”*.

La Medicina Arte debe comprender el estudio de la persona con sus emociones, sentimientos, pasiones, necesidades. Debe abordarse la personalidad, la manera propia e individual de ser de cada paciente; de percibir el entorno, elaborarlo y dar respuestas a las diversas situaciones. La personalidad, señaló la Profesora Castellano, es un todo, integrada por rasgos que pueden identificarse y medirse. La cualidad del rasgo, su intensidad y la forma en que todos ellos se combinan entre sí, dan lugar a una persona única, pero que puede clasificarse dentro de un grupo de características conductuales similares. Esta manera de ser es importante en todos los aspectos de la vida, también en la manera de enfermar y de enfrentarse a la enfermedad, al sufrimiento, de aceptar un hecho incontrovertible y de relacionarse con quienes le cuidan.

Por otro lado, fueron abordados otros conceptos ligados a la última

etapa de la vida, como las instrucciones previas/voluntades anticipadas, la adecuación del esfuerzo terapéutico, la obstinación terapéutica o el derecho del paciente al rechazo terapéutico.

Las instrucciones previas son un derecho de las personas consistente en la expresión de deseos respecto a tratamientos y cuidados y la designación de representación, para que sea ésta persona la que decida cuando quien está disponiendo no esté en condiciones de hacerlo por sí misma. Quien dispone tiene capacidad de comprensión y voluntad íntegra: recibirá información adecuada a su nivel de comprensión para que exprese, por escrito, sus deseos en situaciones clínicas futuras (colocación de medidas extraordinarias de sostenimiento de la vida, alimentación artificial, resucitación, etc. El artículo 36.4 del Código de Deontología Médica establece: 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.

La Adecuación del Esfuerzo terapéutico es la actitud médica que, ante la situación concreta de un paciente, hace sólo lo que se debe hacer, tras realizar el necesario juicio clínico valorando: diagnóstico, posibilidad de respuesta al tratamiento, reversibilidad del proceso, los efectos beneficiosos/perjudiciales del tratamiento, disposición del paciente ante las posibles alternativas que se le ofrecen (en el caso de que esté pueda comprender y elegir; teniendo los familiares la capacidad de decidir-opinar cuando esto no es posible...). Según la Sociedad Española de Cuidados Paliativos *“Consiste en retirar, ajustar o no instaurar un tratamiento cuando el pronóstico, valorado en todos sus aspectos, así lo aconseje. Es la adaptación de los tratamientos a la situación clínica del paciente”*. Para ello debe valorar si el paciente puede comprender y decidir, si emitió documento de Instrucciones Previas, considerar la opinión de sus familiares respecto a los valores del paciente y valorar el estado psicobiológico del paciente respecto al pronóstico y calidad de vida.

La Obstinación terapéutica es la actitud médica, por la que se proporcionan al enfermo medidas extraordinarias de mantenimiento de una vida sin esperanza, ante un diagnóstico irreversible. Es contraria a la Medicina ciencia y a la Medicina arte. El CDM en su artículo 36 es taxativo al respecto: *“El médico no deberá emprender o continuar acciones diagnósticas o terapéuticas sin esperanza de beneficio para el enfermo, inútiles u obstinadas. Ha de tener en cuenta la voluntad explícita del paciente a rechazar dicho tratamiento para prolongar su vida. Cuando su estado no le permita tomar decisiones, tendrá en consideración y valorará las indicaciones anteriormente*

hechas y la opinión de las personas vinculadas responsables”.

El rechazo al tratamiento es un derecho de los pacientes que debe respetarse, si bien existen cuestiones que siempre deben ser consideradas, como es la capacidad de comprensión y la existencia de instrucciones previas. El artículo 36 del CDM establece que: 4. 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. 2. El médico ... ha de tener en cuenta la voluntad explícita del paciente a rechazar dicho tratamiento para prolongar su vida. Cuando su estado no le permita tomar decisiones, tendrá en consideración y valorará las indicaciones anteriormente hechas y la opinión de las personas vinculadas responsables.

Realizada esta introducción la Profesora profundizó en el estudio de los Cuidados Paliativos. Tienen como objetivo ayudar a las personas, cuya vida se agota, con una enfermedad grave, incurable y/o irreversible, a sentirse mejor. Para ello se previenen o tratan los síntomas y efectos secundarios de la enfermedad y de los tratamientos. Junto a los cuidados, también se abordan los problemas de ánimo, emocionales, sociales, prácticos y espirituales que acompañan a la enfermedad y a las nuevas situaciones. Cuando la persona comprende y soluciona estos aspectos, se siente mejor anímicamente, más tranquila y serena, y acepta la realidad con más fortaleza y templanza.

Realizó la Académica, Dra Castellano, un recorrido sobre el inicio de los Cuidados Paliativos (Hospicios católicos de Dublín y Londres (St. Christopher´s Hospice) y su más reciente implantación en España -Hospital Marqués de Valdecilla en Santander en 1984 (Prof. Sanz Ortiz), del Hospital de la Santa Creu de Vic en 1987 (Dr. Roca y Dr. Gómez-Batiste), del Hospital de la Cruz Roja en Lérida (Dr. Porta) y de El Sabinal en Las Palmas (Dr. Gómez-Sancho) en 1989 y la del Gregorio Marañón (Dr. Núñez-Olarte) en 1991.

Fueron claves en la evolución del Sistema Hospice tres hechos: el desarrollo de los equipos de atención a domicilio, la implementación de los Centros de Día y los Equipos de Soporte Hospitalario. Estos modelos se implantaron en España, y en 1991 la primera Unidad Móvil de Asistencia Domiciliaria para enfermos terminales y la primera Unidad de Cuidados Paliativos en el Hospital San Juan de Dios de Pamplona (Dr. Viguria) respectivamente.

Señaló la Profesora que ya existe un Área de Capacitación Específica de Cuidados Paliativos y Tratamiento del Dolor dentro de la especialidad

de Enfermería Clínica Avanzada y que algunas Facultades de Medicina incluyen ya en sus nuevos Programas de Grado la disciplina Medicina Paliativa como asignatura optativa y, por tanto, al alcance de todos los futuros Licenciados con preocupación por los enfermos en fase terminal.

Fue abordado el concepto de sedación paliativa: consiste en administración de un fármaco sedante a la dosis que el enfermo necesita para eliminar síntomas no deseados (dolor, ansiedad, angustia, insuficiencia respiratoria, malestar físico/psíquico...). Estos fármacos suelen producir depresión del SNC, por lo que con la disminución del nivel de conciencia puede producirse depresión de centro cardio-respiratorio y adelanto del fallecimiento (doble efecto farmacológico). Tienen como finalidad evitar el dolor-sufrimiento y la dosis debe ser la apropiada al paciente y proporcional a los síntomas. Es una actitud acorde a la deontología médica. Señala el artículo 36 del CDM: 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, aún cuando de ello pudiera derivarse un acortamiento de la vida. 2. El médico nunca provocará intencionadamente la muerte de ningún paciente, ni siquiera en caso de petición expresa por parte de éste. 5. La sedación en la agonía es científica y éticamente correcta sólo cuando existen síntomas refractarios a los recursos terapéuticos disponibles y se dispone del consentimiento del paciente implícito, explícito o delegado.

Finalizó la Profesora Castellano analizando la situación de España en el siglo XXI: una sociedad en progresivo envejecimiento; en la que no hay hábito de hablar de la muerte, sin estímulo a la toma de decisiones en forma de *“instrucciones previas”* o de *“voluntades anticipadas”*. Es una sociedad olvidada del *“cuidado”* y reivindicarlo, y de los cuidadores, en la que cada vez se reserva menos tiempo para atender al paciente frágil y a las personas con discapacidad. Resulta *“un escándalo”*, según palabras textuales de la Ponente, *“que anualmente en nuestro país se enfrentan al final de su vida con sufrimiento, sin Cuidados Paliativos, cerca de 80.000 pacientes. ¿Para cuándo el derecho a los cuidados paliativos universales?”*.

En este sentido recomendó que el entorno familiar, social e institucional debe crear un ambiente adecuado a una despedida en paz del paciente en fase terminal. Resulta prioritario una formación básica en geriatría, con apoyo a los profesionales que hacen Medicina Paliativa y apoyo a la Enfermería paliativa y a los Cuidadores. Los Cuidados Paliativos necesitan de formación en un buen manejo del dolor, en el que se aborde

el tratamiento del sufrimiento físico y de las necesidades psicológicas, sociales y espirituales del paciente, se consiga evitar el sentimiento del paciente de ser una carga familiar o social y se brinde apoyo y asistencia psicológica a los familiares y allegados del paciente. Incidió en que no es deontológico prolongar artificialmente una vida sin esperanza.

La primera sesión del Taller finalizó con la exposición del Posicionamiento de la Profesión Médica respecto a la eutanasia y al suicidio médico asistido por parte del Dr. Angel Hernández Gil, Presidente de la Comisión de Deontología del Consejo Andaluz de Colegios de Médicos. Fueron expuestas Declaraciones de la Asociación Médica Mundial, del Consejo General de Colegio Oficiales de Médicos, del Consejo Andaluz de Colegios de Médicos (CACM) y del Comité de Bioética de España, cuyas líneas maestras ya fueron expuestas en la exposición del Dr. Fernández-Crehuet.

El Posicionamiento de la CD del CACM en aras de ilustrar a la sociedad, deja clara la diferencia que existe entre eutanasia y cuidados paliativos. La eutanasia es un acto fuera de la medicina, que busca deliberadamente producir la muerte como un acto finalista, y que ha sido rechazada por la Medicina y los Médicos siempre y en todo lugar, desde el Juramento Hipocrático hasta la reciente declaración de la AMM. Por otro lado, los cuidados paliativos son un conjunto coordinado de intervenciones sanitarias dirigidas, desde un enfoque integral, a la mejora de la calidad de vida de los pacientes y de sus familias; y afrontando los problemas asociados con una enfermedad terminal mediante la prevención y alivio del sufrimiento junto a la identificación, valoración y tratamiento del dolor y otros síntomas físicos y/o psíquicos o las necesidades espirituales. Se señala en el posicionamiento que es realmente prioritario y urgente el acceso universal y equitativo a los cuidados paliativos de calidad en el Sistema Nacional de Salud, por lo que deberían ser asumidos como un deber por parte de la administración sanitaria, dotándolos de recursos necesarios y suficientes para su desarrollo. El Posicionamiento de la CD del CACM termina considerando necesario alertar de los riesgos que representa una ley liberalizadora de la eutanasia y suicidio asistido tanto para la sociedad, en general, como para los más vulnerables en particular.

Destacar el Comunicado del Consejo General de Colegios de Médicos del 11 de septiembre de 2020 en el que se señala que la Profesión Médica reafirma su compromiso con la vida humana, la dignidad de la persona y el cuidado de su salud. El CGCOM insta a la promulgación de una Ley Integral de Cuidados Paliativos, ya que como señaló su Presidente,

el Dr. Serafín Romero, *“la Profesión Médica no puede permitir que la causa por la que una persona decida solicitar terminar con su vida sea por la ausencia de apoyo y falta de recursos”*.

Respecto al Informe del Comité de Bioética de España sobre la eutanasia y el suicidio asistido, órgano asesor del Gobierno, se destacaron dos de sus conclusiones: 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; 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.

SEGUNDA SESIÓN TALLER. TESTIMONIOS Y DEBATE.

-14 NOVIEMBRE DE 2020-

Realizado el planteamiento teórico del Taller, su segunda sesión discurrió con la intervención de invitados expertos en las materias objeto del taller.

Inicialmente expuso su testimonio desde la ciudad de Málaga el Doctor Dr. Juan Francisco Corral Báez, médico del Colegio Oficial de Médicos de Málaga, quien padece una enfermedad miopática hereditaria discapacitante. Resultó muy enriquecedor a la vez que emocionante poder constatar la aceptación y serenidad transmitida por el Dr. Corral Báez respecto a la enfermedad que padece.

Como muestra de su testimonio trasladar las bases en la que sustenta la aceptación de su enfermedad: *“Amor Incondicional y Compasión, entendido no en sentido peyorativo, sino entendido como comprender el sufrimiento del otro, compartir su sentimiento y aliviarlo en lo posible, y sobre todo Amar por encima de todo y a pesar de todo. Sin Amor no hay familia verdadera, no hay amistad libre de ataduras, no hay profesión que soporte momentos duros, como los que os vais a encontrar en vuestro día a día, a lo que uniremos esa compasión, para abordar las dificultades de la pareja, las dificultades de la amistad, las dificultades de vuestro día a día, en el trabajo... en vuestra vida en general”*.

Quizás el momento más emotivo del Taller fue cuando el Dr. Corral procedió a la lectura de una poesía que escribió hace ya varios años.

Gracias a la vida, que me ha dado tanto,
La posibilidad de conocerte y quererte
Por más que quiera cambiar,
Y dejar de pensar en ti, ¿cómo lo hago?
Hay algo que me liga a ti
Hasta el infinito y más allá
Y no lo puedo evitar
Mi mente acude a ti
Es lo que puedo sentir.
Ya no puedo vivir,
Sin verte
Sin mirarte
Sin quererte...
Gracias a la vida que me ha dado tanto...
Me ha dado tu sonrisa, tu mirada, tu encanto
Gracias a la vida, que me ha traído tanto.
Sin tu presencia, ay!!! La vida, que espanto!!!

El Taller contó con la intervención del experto en Cuidados Paliativos, el Doctor Jacinto Bátiz Cantera, Secretario de la Comisión Central de Deontología de la OMC. Fueron expuestos algunos de sus vídeos didácticos sobre el modo de afrontar la asistencia a pacientes en la etapa del final de la vida o las diferencias entre eutanasia y sedación paliativa. Abordó con la brillantez y la claridad que le caracterizan los aspectos esenciales de los Cuidados Paliativos y la imperiosa necesidad de una ley Integral de CP que garanticen el derecho universal de acceso a los mismos.

Intervino desde la Universidad de Málaga el Catedrático Emérito de Fisiología Humana, Profesor D. Salvador González Barón, Ex-Decano de la Facultad de Medicina de Málaga, quien con objeto de introducir el posterior debate, expuso una brillante presentación sobre los aspectos fisiológicos del dolor y el concepto y sentido del sufrimiento, no solo desde el punto de vista científico sino también espiritual y religioso. Podrá el lector disfrutar de un resumen de la excelente presentación del Profesor González Barón.

El dolor es una realidad que se presenta en todos los seres humanos con una alta incidencia. Se estima que un 30 a un 40 % de la población española y europea presenta alguna vez dolor. En fases iniciales de procesos oncológicos se estima que está presente en el 40%, mientras que es el 70% en enfermos en situación terminal.

Entendido en un sentido amplio, como sufrimiento, el dolor no es un simple fenómeno fisiológico o fisiopatológico. Es un acontecimiento existencial que afecta a la totalidad de la persona y que de alguna manera le interpela y le obliga a reaccionar y a dar respuesta.

La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor lo define así: *“El dolor es una vivencia sensorial y afectiva desagradable asociada a lesión tisular real o potencial que se describe en términos de dicha lesión”*. Pero hay que añadir que no es una simple respuesta orgánica a un daño corporal. Desde un punto de vista antropológico se enmarca en la alta dignidad ontológica que posee la persona humana por su propia naturaleza. Está muy relacionado con la experiencia y el significado con que la persona lo evalúa de acuerdo con los valores adquiridos.

El dolor crónico, cuando es severo, va a provocar a más o menos largo plazo, una modificación del comportamiento del paciente. Se le considera como un síndrome grave, que puede ir acompañado de un cuadro de alteraciones psicológicas, más o menos severas.

El dolor y el sufrimiento en enfermos cancerosos, en situación terminal, ha sido denominado con un término acuñado por C. Saunders, pionera de los Cuidados Paliativos como *“Dolor Total”*, entendiendo así el conjunto de dolor físico o dolor externo y de dolor interno o sufrimiento.

El sufrimiento ha sido entendido de formas diversas, aunque en casi todas las definiciones aparece un aspecto común que es el estado de indefensión ante una amenaza y la falta de recursos disponibles. La indefensión se refiere como el *“estado psicológico que se produce cuando los acontecimientos son incontrolables”*. Es decir, cuando no se puede hacer nada para cambiarlos.

Se han descrito una serie de funciones antropológicas de especial importancia práctica en el sufrimiento. La primera de ellas es aceptarlo. Lo que hace al sujeto más libre y facilita reorganizar la vida. A la vez que le hace madurar y tener más libertad interior, facilita reconocer y aceptar la fragilidad que es manifestación de humanidad y en consecuencia le hace más comprensivo sobre todo con los más próximos. La segunda función es saber que con frecuencia determina un cambio de valores. Es decir, hace más capaz al sujeto para distinguir lo importante de lo que no lo es. La tercera es, que sitúa al sujeto ante la tesitura de encontrar el sentido del sufrimiento y en consecuencia a encontrar el sentido de su propia vida.

Desde el concepto del hombre como persona, dotada de especial dignidad, tiene especial importancia el sentido del sufrimiento. Victor Frankl, prestigioso profesor de Psiquiatría y Neurología de la Universidad

de Viena, hizo numerosas consideraciones acerca de ello. Así, afirma que *“El hombre no se destruye por sufrir, el hombre se destruye por sufrir sin ningún sentido”*. El sufrimiento para este autor no es un fin en sí mismo, sino que tiende a abrir el sujeto a los demás.

La atención del dolor y del sufrimiento por parte de los médicos y demás profesionales de la salud adquiere especial importancia en relación con pacientes que están en fases terminales, que deberían estar atendidos en Unidades de Cuidados Paliativos. Allí los esfuerzos terapéuticos deben orientarse no sólo a curar, sino sobre todo a cuidar, no a tratar la enfermedad, sino a atender al enfermo en todas sus necesidades.

En esas situaciones, es importante destacar que es especial obligación ética aplicar todos los fármacos necesarios para controlar el dolor, especialmente Analgésicos de tipo opiáceos, análogos a la Morfina. Y cuando aparecen síntomas refractarios, imposibles de controlar por otros medios terapéuticos que ocasionan un gran sufrimiento, es científica y éticamente correcta, la aplicación de la Sedación Paliativa, con el consentimiento informado del paciente o de persona delegada. Esta tiene como finalidad aliviar el sufrimiento mediante la pérdida de la conciencia, tratando de que sea reversible, cuando desaparezcan los síntomas. Para ello se utilizan habitualmente en primera instancia, fármacos ansiolíticos del grupo benzodiazepinas como el Midazolam. Se comienza aplicando dosis gradualmente crecientes, hasta alcanzar la dosis mínima eficaz. Y si es posible, no siempre lo es, suprimido los síntomas, se busca la reversibilidad, es decir, ir suprimiendo el tratamiento gradualmente. Se trata de quitar el sufrimiento del enfermo, lo que se opone a la Eutanasia que pretende suprimir el sufrimiento eliminando al paciente.

Uno de los rasgos fundamentales de la existencia humana es la capacidad de elevarse por encima de las condiciones físicas, psicofisiológicas o patológicas, y trascenderlas, aún en situaciones de especial vulnerabilidad. Y hay que destacar en esas situaciones, el valor que tiene para el paciente la dimensión espiritual y religiosa. Respetando siempre la libertad, servirá para dar un nuevo y más real sentido a su existencia. Así se explica que para los cristianos, el sufrimiento, el sacrificio, tiene carácter redentor.

La respuesta a la pregunta del sentido profundo del dolor y el sufrimiento nos lo expone magistralmente San Juan Pablo II en su carta *“Salvici doloris”*: *“En Cristo se revela el misterio del hombre, se revela el enigma del dolor y de la muerte. Sólo en el amor se puede encontrar la respuesta salvífica al dolor”*.

Es por eso que el dolor y el sufrimiento no tienen la última palabra en la vida del hombre, como afirma el Papa Francisco en la magnífica Carta de reciente publicación “*Samaritanus Bonus*”.

Por la imperiosa necesidad de atender debidamente a los enfermos avanzados y en situaciones terminales, refiere el Profesor González Barón que vienen clamando insistentemente desde la Asociación malacitana Euvita, cuya finalidad es dar a conocer la importancia de atender a los mayores en situaciones de enfermedad avanzada y terminales.

Finalizó la exposición con las siguientes recomendaciones:

- a) La necesidad de impulsar en la sociedad la emisión del Documento de últimas Voluntades, o Testamento Vital.
- b) La disposición de suficientes recursos desde el gobierno central para la implantación en España de nuevas Unidades de Cuidados Paliativos cuya dotación es actualmente tan escasa.
- c) La creación cuanto antes de la Especialidad Clínica de Cuidados Paliativos.
- d) La necesidad de incorporar en los planes curriculares de los estudios de Medicina y de las profesiones Sanitarias, asignaturas obligatorias de Cuidados Paliativos en todas las Facultades de ambas titulaciones.

De igual modo intervinieron alumnos que suscitaron cuestiones abordadas por la totalidad de los ponentes para finalmente proceder a la lectura de las conclusiones del Taller.

B) Conclusiones TALLER 5

EUTANASIA Y CUIDADOS PALIATIVOS

Dr. Angel Hernández Gil

Coordinador del Taller. Presidente Comisión de Deontología y
Ética Médica de Andalucía

Dra. María Castellano Arroyo

Dr. Joaquín Fernández-Crehuet Navajas

- 1.- Se entiende por eutanasia la provocación intencionada de la muerte de una persona que padece una enfermedad grave, irreversible o terminal, a petición expresa de ésta, y en un contexto médico.
Se entiende por suicidio médicamente asistido la ayuda médica para la realización de un suicidio, ante la solicitud de un enfermo, proporcionándole los fármacos necesarios para que él mismo se los administre.
- 2.- La diferencia entre sedación paliativa y eutanasia viene determinada por la intención, el procedimiento y el resultado. La eutanasia utiliza dosis letales de fármacos con el único fin de acabar deliberadamente con la vida de los pacientes para acabar con el sufrimiento de los mismos.
La sedación paliativa es una práctica científica y éticamente correcta, empleada en pacientes con síntomas refractarios a los recursos terapéuticos disponibles, en ocasiones en situaciones de grave sufrimiento en fase terminal, que utiliza fármacos a las dosis mínimas necesarias para disminuir la consciencia de los pacientes con el fin de evitar el sufrimiento y obtener el bienestar de los mismos.
- 3.- La eutanasia y el suicidio asistido no son actos médicos "*sensu stricto*" al atentar contra el respeto a la vida y a la dignidad de la persona, atributos que pertenecen al mínimo ético que define el núcleo de la profesión médica.
- 4.- No existen variantes éticas de eutanasia ni del suicidio asistido, ambas prácticas son contrarias a la deontología médica desde que se tiene conocimiento de la existencia de la profesión, hecho así declarado en el Juramento Hipocrático o en las respectivas Declaraciones de la Asociación Médica Mundial.
De igual modo, existe obligación de respetar el derecho de los pacientes a rechazar el tratamiento y resulta contrario a la deontología médica prolongar de modo innecesario la agonía de los mismos.
- 5.- Ni la eutanasia ni el auxilio al suicidio son signos de progreso, sino un retroceso de la sociedad al desproteger el valor de la vida humana. Se considera que el auténtico progreso reside en prestar una atención integral a los pacientes y a sus familiares, aliviar el sufrimiento de los mismos y proporcionar una atención emocional y espiritual en la última etapa de la vida.
- 6.- Los Cuidados Paliativos constituyen un campo de conocimiento y habilidades destinadas a prestar una atención sanitaria integral de calidad, en la que exista un apoyo social, emocional y espiritual a los

pacientes y sus familiares acorde con sus valores y necesidades.

- 7.- Los Cuidados Paliativos deberían formar parte de modo inexcusable del contenido docente del Grado en Medicina y Cirugía, y en el ámbito profesional constituir un Área de Capacitación Específica, rampa de salida hacia una futura Especialidad médica a corto plazo.
- 8- En nuestro país existe una necesidad imperiosa de promulgar una Ley Integral de Cuidados Paliativos que garantice el derecho universal a estos cuidados a través de una dotación de recursos humanos y estructurales apropiados tanto a los pacientes como a sus familiares, especialmente a personas que presenten deterioro cognitivo o discapacidad.
- 9- La existencia de una Ley de eutanasia y suicidio asistido como política sanitaria sin que exista una Ley Integral de Cuidados Paliativos que asegure el acceso universal a los mismos, empujará inevitablemente a la muerte de los más vulnerables, representando una auténtica coacción moral para los más susceptibles.
Ante la eutanasia y el suicidio asistido el médico tiene el derecho a la objeción de conciencia, por coherencia con sus convicciones éticas morales o religiosas.
- 10.- La eutanasia y el suicidio asistido eliminan a las personas que sufren. Los Cuidados Paliativos eliminan el sufrimiento de las personas. Defendamos la existencia de unos Cuidados Paliativos universales y así defenderemos la vida de los pacientes, en particular de los más vulnerables, y en general, de toda la sociedad.