

## COMUNICADO DEL CONSEJO DE COLEGIOS DE MÉDICOS DE CATALUÑA ANTE LA INMINENTE APROBACIÓN DE LA LEY ORGÁNICA DE REGULACIÓN DE LA EUTANASIA

El pasado día 17 de diciembre de 2020, el Congreso de los Diputados aprobó, por 198 votos a favor, 138 en contra y dos abstenciones, la *Proposición de Ley Orgánica de Regulación de la Eutanasia*. Quedan, por lo tanto, pocos trámites parlamentarios para su aprobación definitiva, prevista para el próximo mes de febrero. El contenido de la mencionada proposición de ley ha generado manifestaciones y posicionamientos diversos, tanto de apoyo como de rechazo, por parte de diferentes instituciones y asociaciones.

Ante esta situación, el Consejo de Colegios de Médicos de Cataluña (CCMC) quiere reafirmarse en la línea de su Documento de Posición [\*La asistencia a personas en situación de final de vida\*](#), publicado en junio de 2018, y potenciar la “mirada paliativa”, espoleando las actitudes proactivas de los profesionales ante las situaciones de final de vida:

1. Existe un amplio consenso a la hora de asumir que uno de los objetivos de la medicina del siglo XXI, además de prevenir y curar enfermedades, es el de ayudar a las personas a paliar el dolor y el sufrimiento, sobre todo al final de vida, como ya apuntó el investigador y experto en ética biomédica Daniel Callahan en el *Hastings Center Report* en 1996 y en publicaciones posteriores. El médico debe garantizar una atención adecuada a una persona en situación de final de vida, respetando su voluntad y consensuando y planificando las decisiones anticipadas en todo lo posible.

2. Hay suficiente cantidad de conocimiento para identificar precozmente a la persona enferma que se encuentra en situación de final de vida, así como para poner en marcha la planificación de decisiones anticipadas (PDA) con el final de vida digno, sin intervenciones fútiles y de acuerdo con sus valores y preferencias.

También hay suficiente doctrina sobre las competencias necesarias para comunicarse con empatía con el enfermo, para conocer sus valores, temores, inquietudes y preferencias, así como para atender sus necesidades físicas, psíquicas y espirituales. Hay suficiente base legal y deontológica para evitar la obstinación terapéutica mediante la adecuación del esfuerzo terapéutico, así como para aliviar el sufrimiento, si es necesario mediante la sedación. Hay

profesionales expertos en cuidados paliativos, vocacionales y entregados a las personas en situación de final de vida.

Pero no todas las personas que lo necesitan tienen acceso a los cuidados paliativos. Las autoridades sanitarias tienen aquí una asignatura pendiente y una gran responsabilidad para, invirtiendo voluntad, imaginación, formación y recursos, darle la vuelta a “cómo” mueren muchas personas. Nadie debería desear la muerte por la falta de acceso a cuidados paliativos. Por eso, se hace necesario, y así lo reivindicamos, que la atención paliativa en el final de vida sea universalmente accesible y, por lo tanto, que se comprometan los recursos públicos suficientes para materializarla adecuadamente.

La visión integral del enfermo exige, además, contemplar también la vertiente familiar, social y económica de su bienestar, así como valorar las condiciones que permitan vivir bien una enfermedad grave, sin carencias importantes previas a la muerte. Situaciones de precariedad pueden condicionar la libertad de decisión individual. Por tanto, las autoridades políticas no pueden eludir su responsabilidad en el completo desarrollo previo de la ley de dependencia.

3. El acceso a los cuidados paliativos puede rescatar a la mayoría de los enfermos incurables de la desesperación y de las ganas de morir. Esto no quita, sin embargo, que alguna persona, en función de su grave situación clínica y del sufrimiento insostenible que ésta le provoca, de sus creencias, de su escala de valores, en plena competencia y en pleno uso de su autonomía, desee disponer de su propia vida y necesite ayuda técnica para hacerlo de forma eficaz e indolora.

4. Hay que garantizar la libertad de conciencia del médico, en tanto que derecho fundamental, estableciendo mecanismos que respeten el derecho a la objeción de forma reglada y planificada, evitando que pueda ser discriminado en su puesto de trabajo por razones de conciencia.

El registro administrativo previsto de profesionales sanitarios objetores de conciencia en la ayuda a morir puede no garantizar la preservación de este derecho constitucional: su creación no parece una solución ni idónea (el registro no reflejaría todas las situaciones posibles y, por otro lado, sin el registro se garantiza igualmente la efectividad y la calidad del acto de la ayuda a morir), ni necesaria (hay medidas menos costosas que no restringirían el derecho a la libertad de conciencia), ni supera, en definitiva, un juicio de proporcionalidad.

Por lo que respecta a las situaciones posibles –que abundan en la no idoneidad de la creación del registro–, hay que tener presente que el ejercicio de la objeción

no siempre debe ser absoluto o general, por ejemplo, en relación con las dos modalidades previstas para la ayuda a morir. El médico puede perfectamente objetar respecto a la administración directa al paciente de una sustancia, pero, en cambio, puede aceptar participar en el proceso de prescripción o suministro de la sustancia para la autoadministración del paciente. O al revés. Puede darse también una objeción sobrevenida por motivos diversos (familiares, de afinidad o de amistad con el paciente, u otros), que no puede ser reprimida por el hecho de no haberse declarado objetor “anticipadamente y por escrito” y por no figurar en el proyectado registre.

5. Es importante señalar, finalmente, que el debate, situado en términos de despenalización de la eutanasia y del suicidio asistido, no es un debate médico – o no exclusivamente médico–, sino social, ético y de creencias personales, que la sociedad, en último término, debe dirimir a través de sus representantes parlamentarios y en el que los profesionales sanitarios no debemos tener más capacidad decisoria que el resto de los ciudadanos. Otra cosa son los conocimientos que, en tanto que responsables de la asistencia a los enfermos y testigos habituales de su sufrimiento, los profesionales sanitarios podemos aportar en la elaboración de la norma reguladora para velar por los intereses y la dignidad de la persona enferma, por la calidad de las actuaciones y por la seguridad jurídica de los profesionales que intervengan en cada caso.

Barcelona, 14 de enero de 2021.