

ARGUMENTARIO DEL GRUPO DE TRABAJO DE BIOÉTICA PARA AYUDAR A DEFINIR UNA POSICIÓN DE LA JUNTA DIRECTIVA DE LA SEMFYC EN RELACIÓN CON EL PROCESO POLÍTICO QUE PRETENDE REGULAR LA MUERTE MÉDICAMENTE ASISTIDA (EUTANASIA Y SUICIDIO ASISTIDO)*

*Este documento no es una reflexión ética sobre la eutanasia sino sobre la posición de la SEMFYC ante el debate social y político sobre la eutanasia. Por tanto, no es posible interpretar estas reflexiones ni como un apoyo a la eutanasia ni como su rechazo ya que no es el motivo del documento.

El pleno del Congreso ha debatido recientemente la toma en consideración de una proposición de ley del Parlament de Catalunya para reformar el Código Penal y despenalizar la eutanasia y el suicidio asistido. Ha sido el cambio del PSOE, que hace 15 meses se abstuvo en una votación de la propuesta de IU Podemos para legalizar estas prácticas, la que ha permitido que la Cámara vaya a debatir por primera vez el detalle de estas regulaciones. La iniciativa llega al Congreso en un momento en el que el PSOE ha presentado otra proposición sobre la eutanasia y en el que también se está debatiendo en ponencia una ley de dignidad al final de la vida de Ciudadanos. No es la primera vez que este debate emerge en la vida política y social de este país.

Todas estas **iniciativas políticas sobre el final de la vida y la muerte asistida** no se deben únicamente a una inquietud profesional o judicial sino que obedecen a la creciente demanda ciudadana.¹ La demanda social de una regulación sobre la muerte asistida viene dada, en nuestra opinión, por una serie de cambios fundamentales que ha experimentado la sociedad española en las últimas décadas: (1) El aumento de la expectativa de vida, que al incrementar la prevalencia de enfermedades crónicas como el cáncer o la demencia, obliga a miles de pacientes, y a sus familias a convivir con el sufrimiento generado por largos y dolorosos procesos mórbidos que preceden a la muerte. (2) La tecnificación creciente de la medicina y la regla del rescate², que está procurando una atención médica agresiva hasta los últimos días de vida³. (3) Las circunstancias sociales, con familias menos articuladas, con unas necesidades económicas acuciantes, hogares pequeños y precarios, y necesidades de atención socio-sanitaria a los enfermos crónicos y dependientes, no cubiertas.

Sin embargo, estos factores no bastan para explicar la persistente demanda social de una regulación sobre la muerte asistida. A esas razones principales han de unirse otras tres muy relacionadas, y que pueden estar en el origen de que la ciudadanía piense directamente en la muerte médicamente asistida en lugar de otras opciones que pueden realizarse desde hace años en nuestro país, como la limitación del esfuerzo terapéutico, el rechazo de tratamientos o la sedación terminal: (4) la falta de aptitudes y actitudes por parte de los

¹ En todo el mundo occidental, más del 80% de los ciudadanos abogan por la regulación de la muerte asistida

² Siempre que sea posible una intervención médica al final de la vida, aunque tenga pocas posibilidades de ser útil, ha de intentarse

³ Sirva como ejemplo la atención al cáncer, donde cada vez es menos frecuente el fallecimiento de un enfermo sin que esté siendo tratado con quimioterapia hasta los últimos días de vida

profesionales en relación con el final de la vida, que hace que para enfermos y familiares sea difícil abordar libremente aspectos que emergen inevitablemente, desde el diagnóstico y el pronóstico hasta las emociones, las últimas voluntades o la espiritualidad⁴; (5) la falta de iniciativas organizativas por parte del sistema de salud para facilitar procesos de toma de decisiones compartidos al final de la vida que necesitan tiempo y espacio (la limitada implantación de las voluntades anticipadas y su reducción a una mera formalidad administrativa es un ejemplo de regulación fútil). Finalmente, la creciente presencia de propuestas regulativas surge de (6) una toma de conciencia de que la actual regulación resulta insuficiente para atender la necesidad de quienes necesitan la asistencia de profesionales cualificados para morir conforme a sus propios valores⁶.

Todas estas suposiciones son, además, eso, suposiciones: no sabemos realmente qué está pasando en España con los procesos del final de la vida. No existe una investigación de gran escala e independiente que nos permita saber cuáles son las prácticas habituales; cuál es la calidad del morir de los españoles; que distintos roles juegan médico de familia, hospitalarios y especialistas de cuidados paliativos, etc.

Es decir, el debate político sobre la muerte asistida se está planteando en nuestro país con pocas garantías debido a:

- Falta de información sobre la situación actual del morir en España
- Deficiente formación en actitudes y aptitudes de los profesionales en relación con la atención al final de la vida
- Nula priorización de los sistemas de salud de la atención al final de la vida, que requiere tiempo y espacio, diseño de un sistema de atención y presupuesto
- Escaso conocimiento de la ciudadanía de las posibilidades de toma de decisiones al final de la vida actualmente existentes.

Es un debate, por tanto, que asegura posicionamientos poco equilibrados o iniciativas mal priorizadas. ¿Eso significa que no debe darse el debate? Al contrario: el debate es absolutamente necesario; de hecho, en países donde se acabó regulando la eutanasia se hizo primero un gran esfuerzo por asegurar

⁴ ¿Acaso creemos que si los enfermos y familiares se enfrentaran al último tramo de la vida con el asesoramiento de médicos capaces de comunicar, establecer y consensuar planes de cuidados personalizados y apoyar una muerte oportuna habría un 80% de ciudadanos reclamando la eutanasia?. Ver <http://www.agenciasinc.es/Noticias/La-mayoria-de-los-catolicos-en-Espana-a-favor-de-la-regulacion-de-la-eutanasia>

⁶ En los países en los que se ha regulado la eutanasia y el suicidio asistido se ha mostrado que, en una proporción alta de solicitudes, la razón por la que se alega sufrimiento insoportable no es la experiencia del dolor asociado a la enfermedad, sino el sufrimiento derivado de la degradación que acompaña a la enfermedad y un deseo de controlar el momento y las circunstancias de la muerte. Ver, por ejemplo, Maessen, M., J. H. Veldink, L. H. van den Berg, H. J. Schouten, G. van der Wal and B. D. Onwuteaka-Philipsen (2010). "Requests for euthanasia: origin of suffering in ALS, heart failure, and cancer patients." *J Neurol* **257**(7): 1192-1198.

que estos aspectos eran abordados, empezando por un Libro Blanco del Final de la Vida⁷.

El protagonismo de la sociedad de medicina de familia en este debate debe ser, además, relevante. Ese es el protagonismo que han tenido los médicos de familia en otros países occidentales donde se han regulado escenarios del final de la vida. No hacer nada no está justificado, ni siquiera bajo la argumentación de que hay discrepancias entre el colectivo. Con seguridad habrá divergencias entre los médicos de familia y entre las sociedades de los médicos de atención primaria. Pero, si nosotros nos inhibimos otros harán de portavoces y marcarán la agenda. En una situación de expansión de las unidades de cuidados paliativos y de los paliativistas como grupo corporativo, se está intentando situar el final de la vida como una competencia exclusiva de especialistas. Debemos evitar desde el inicio esta usurpación de protagonismo y preservar la idea de que el final de la vida, con los debidos apoyos especializados cuando sean necesarios, es una responsabilidad del médico de familia y de los equipos de atención primaria; por el bien de los propios ciudadanos. Esto sin duda implica una exigencia máxima de compromiso y responsabilidad por parte de los profesionales en el deber de acompañar hasta el final a los enfermos, algo que, por diferentes motivos, en el momento actual, no siempre se está produciendo.

Nuestra sugerencia a SEMFYC, por tanto, sería:

1. SEMFYC debería **transmitir su comprensión de la creciente preocupación ciudadana** sobre los procesos médicos al final de la vida y contextualizarla en los 6 factores que hemos enumerado al principio: cronicidad, tecnificación médica del final de la vida, precarización de las condiciones sociales y de apoyo a los enfermos dependientes, necesidad de mejorar la formación de los profesionales, falta de priorización organizativa, limitaciones de las reformas legales realizadas hasta el momento⁸.

2. SEMFYC debería **reconocer que la regulación de la muerte asistida no es una decisión del colectivo médico sino de la sociedad a través de los procedimientos políticos legítimos existentes**. La sociedad va incorporando nuevos derechos paulatinamente y el colectivo profesional, posteriormente, debe hacerlos compatibles con una práctica médica ética (nunca se hubiera despenalizado el aborto en España si se hubiera esperado a que el colectivo médico lo aceptara)⁹

⁷ Todas las leyes son contexto dependientes. Sin conocer en qué circunstancias se están produciendo hoy en día los procesos de morir en España, una regulación de la eutanasia podría ser una falsa solución si los enfermos la solicitan por un sufrimiento evitable con buenos cuidados paliativos o con un adecuado apoyo social. Un problema señalado en la literatura es el de la coacción moral sobre los más enfermos que puede suponer esta regulación.

⁸ Muchas de estas leyes, como las llamadas "leyes de muerte digna", no tienen presupuesto asignado; otras, como la que regula las voluntades anticipadas, formalismos administrativos alejados de la práctica clínica

⁹ Es bueno que SEMFYC se separe de la negativa, por principios, de la OMC a una posible regulación con el argumento de que "no es un acto médico": no parece recomendable que las instancias profesionales radicalicen, con un posicionamiento tan claro, el discurso social. Este

En este punto podría ser pertinente citar la introducción del Código Deontológico:

"Este Código sirve para confirmar el compromiso de la profesión médica con la sociedad a la que presta su servicio, incluyendo el avance de los conocimientos científico-técnicos y el desarrollo de nuevos derechos y responsabilidades de médicos y pacientes"

3. SEMFYC debería, por tanto, adoptar una **doble posición**: por un lado de "**neutralidad de inicio**" (como se pedía a las asociaciones profesionales recientemente desde el BMJ)¹⁰ y, por el otro, de "**exigencia de garantías**": que el debate se realice tras un análisis profundo de la situación actual (Libro Blanco del Final de la vida en España) que incluya una valoración del alcance efectivo de las normas actualmente en vigor¹¹.

4. SEMFYC **debe participar en el debate social activamente** porque es la especialidad médica mejor situada para enfrentarse a los retos clínicos, comunicacionales y legales que una regulación de la muerte asistida supondría. El final de la vida no es un proceso que requiera "especialistas" sino médicos de familia comprometidos en el acompañamiento y la ayuda de los enfermos hasta el final.

5. SEMFYC, paralelamente, debería **establecer foros para el debate interno** para que todos los asociados puedan expresar su opinión, sin renunciar en ningún momento a la posibilidad de que la inmensa mayoría de los socios se sientan representados en el posicionamiento que finalmente se alcance. Esto hablaría muy bien de la madurez democrática de la organización

posicionamiento colegial impide, de partida, la participación constructiva de los profesionales en un debate que es reclamado por la sociedad.

¹⁰ Como se defendía recientemente desde el BMJ (<https://www.bmj.com/content/360/bmj.k593>)

¹¹ Es posible concebir una situación en la que tras un estudio minucioso de la situación actual del morir en España, sin que se rechace la opción de la regulación, se priorizaran por consenso otras actuaciones legislativas u organizativas que emergieran como más urgentes