

Eutanasia y suicidio médicamente asistido

INFORME DEL COMITÉ DE ÉTICA ASISTENCIAL
SECTOR TERUEL



Versión 1
29 de marzo 2021



Grupo de trabajo e investigación sobre la eutanasia del Comité de Ética Asistencial del Sector Teruel

Concha Gómez Cadenas

Investigadora principal del proyecto
Presidenta del CEA Teruel
Enfermera de Atención Primaria,
(Centro de Salud Villel, Teruel).

Silvia Benito Costey

Investigadora principal del proyecto
Vocal del CEA Teruel
Médica Especialista en Pediatría
(Hospital Obispo Polanco, Teruel)

David Navarrete Villanueva

Investigador colaborador
Colaborador del CEA Teruel.
Investigador predoctoral - enfermero
(GENUD, Universidad de Zaragoza)

Isabel Rilova Fernández

Investigadora colaboradora
Secretaria del CEA Teruel
Enfermera del Hospital de Día de Oncología
(Hospital Obispo Polanco, Teruel)

Enrique Orea Castellano

Investigador colaborador
Vocal del CEA Teruel
Profesor Escuela de Enfermería de Teruel
(Hospital Obispo Polanco, Teruel)

Ana María Sangüesa Lacruz

Investigadora colaboradora
Colaboradora del CEA Teruel
Enfermera Interna Residente de Geriatría.
UDM geriatría. (Hospital San José, Teruel).

Concha Thomson Llisterri

Investigadora colaboradora
Vocal del CEA Teruel
Médica Especialista en Digestivo, Jefa de sección.
(Hospital Obispo Polanco, Teruel)

Marta C. Agudo Rodrigo

Investigadora colaboradora
Vocal del CEA Teruel
Médica Especialista en Medicina Familiar y
Comunitaria (ESAD Sector Teruel).

Marta González Pérez

Investigadora colaboradora
Vocal del CEA Teruel
Médica Especialista en Cirugía General y
del Aparato Digestivo (Hospital Obispo Polanco, Teruel).

Juana M^a Vicario Bermúd.

Investigadora colaboradora
Vocal del CEA Teruel
Médica Especialista en Medicina Interna
(Hospital Obispo Polanco, Teruel).

Milagros Escusa Julián

Investigadora colaboradora
Vocal del CEA Teruel
Enfermera en Servicio de Medicina Interna
(Hospital Obispo Polanco, Teruel).

Lorena Pereyra Grustán

Investigadora colaboradora
Vocal del CEA Teruel
Médica Especialista en Psiquiatría en Unidad de
Corta Estancia (Hospital Obispo Polanco, Teruel).

Índice de contenidos

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS	05
HECHOS, VALORES, DEBERES	11
CONCLUSIONES Y PROPUESTAS.....	33
BIBLIOGRAFÍA	37

Este informe se desarrolla coincidiendo con los trámites parlamentarios de la ley que regula la Eutanasia y el Suicidio Médicamente Asistido en España.

01

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Ya decía Aristóteles que “en las cuestiones importantes nos hacemos aconsejar de otros” (Et Nic III 3: 112b 10). Los Comités de Ética Asistencial, pueden ayudar en la toma de decisiones complicadas y cargadas de incertidumbre.

Introducción

En 2020 la proposición de Ley Orgánica de Regulación de la Eutanasia (en adelante LORE), inicia los trámites para su aprobación en el Congreso de los diputados. Esta es la razón que lleva a que desde el Comité de Ética Asistencial del sector Teruel decidamos crear un grupo de trabajo para conocer bien la LORE, así como los diferentes estudios e informes que sobre la misma se han realizado y desde aquí iniciar un trabajo de investigación y reflexión. De esta forma encontramos varios estudios dirigidos, por una parte a médicas/os y por otra a enfermeras/os, cuyo objetivo es, conocer las actitudes que tienen los profesionales sobre esta situación. Contactamos con la presidenta de la Comisión Deontológica del Colegio Oficial de Enfermería de Madrid (CODEM) quien nos facilita, el cuestionario que -tanto ellos como otros colegios profesionales- han utilizado para realizar este estudio¹ y de esta forma programamos nuestro proyecto de investigación, con la idea de replicar dicha encuesta en nuestra provincia² (1).

1 Agradecer a Tayra Velasco Sanz, presidenta de la Comisión Deontológica del Colegio Oficial de Enfermería de Madrid, su ayuda y transmitir este agradecimiento al resto de vocales de dicha Comisión.

2 Dictamen favorable del CEICA P120-617: aprobado en reunión del día 27/01/2021, Acta N° 02/2021 Título: Estudio sobre las actitudes de los profesionales sanitarios de Teruel con relación a la eutanasia y el suicidio medicamente asistido. Investigadora Principal: Concepción Gómez Cadenas. Versión protocolo: 17/01/2021. Versión encuesta: 17/01/2021.

Decidimos preparar una charla formativa para iniciar la **reflexión ética acerca de dicha ley** que dirigimos a todos los médicos/os y enfermeras/os de Teruel¹ y ampliamos el estudio para analizar si se observan cambios importantes antes/después en el conocimiento de los diferentes escenarios relacionados con el final de la vida y en las actitudes ante la LORE. Este estudio, junto con la comparación entre diferentes variables y el análisis en profundidad de nuestros resultados y la comparación con los resultados del estudio de la Comisión Deontológica del CODEM aún está realizándose y será publicado en un futuro. En este informe ofrecemos los resultados generales de la primera encuesta (antes de la charla) realizada por una parte a médicos/os y por otra a enfermeras/os.

OBJETIVO

Nuestro objetivo en este informe es por tanto: conocer los diferentes estudios e informes sobre la LORE. Informar sobre los resultados de nuestro estudio y a la luz de ellos promover la reflexión, aportando propuestas al papel que pueden y deben tener los comités de ética asistencial en la puesta en marcha de esta ley y el desarrollo de la misma.

¹ Esta actividad titulada: Reflexión ética acerca de la ley de Regulación de la Eutanasia. ¿Qué debemos conocer los profesionales? Fue acreditada con 0,3 créditos por la Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias de Aragón. Se realizó el día 11 de febrero de 2021. Agradecer de nuevo a Tayra Velasco su participación en esta formación y a Pablo Iglesias Gutiérrez del Álamo por lo mismo.

CONCEPTOS PREVIOS

Antes que nada, es imprescindible que utilicemos un lenguaje común que facilite la reflexión y la deliberación, siguiendo la propuesta de consenso para un uso correcto de las palabras al final de la vida, que Simón Lorda inició hace ya más de 12 años (2), nos referimos a **Eutanasia** con las mismas consideraciones que plantea la Ley 10/2011 de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de morir y de la muerte, de forma resumida diremos que es la “administración de un fármaco para producir la muerte de un paciente que lo ha solicitado de forma voluntaria y reiterada, por padecer una enfermedad incurable que siente como inaceptable y no ha podido ser calmada por otros medios. Por tanto, siempre será activa, directa, voluntaria y realizada por parte de un profesional sanitario”(3). En la misma línea definimos **Suicidio Médico Asistido** (en adelante **SMA**) a las actuación profesional en ese mismo contexto que se limita a proporcionar al paciente los medios imprescindibles para que sea él mismo quien se produzca la muerte. La principal diferencia para el profesional, es que su función aquí es la de informar y prescribir el fármaco letal.

Estas actuaciones deben diferenciarse claramente de lo que no es eutanasia ni SMA:

- La Adecuación/Limitación del Tratamiento de Soporte Vital (anteriormente denominada eutanasia pasiva).
- La Sedación Paliativa (anteriormente denominada eutanasia indirecta).

Adecuación de las medidas terapéuticas (4): retirada o no instauración de una medida de soporte vital o de cualquier otra intervención que, dado el mal pronóstico del paciente en términos de cantidad y calidad de vida futuras, constituye, a juicio de los profesionales sanitarios implicados, algo fútil, que solo contribuye a prolongar en el tiempo una situación clínica carente de expectativas razonables de mejoría. También se emplean otros términos, Limitación del Esfuerzo Terapéutico, adecuación del esfuerzo terapéutico, o adecuación del soporte vital. Un aspecto importante es que es una decisión clínica, del equipo profesional.

Sedación paliativa (4): administración de fármacos en las dosis y combinaciones necesarias para lograr el alivio de uno o varios síntomas refractarios, que no pueden ser controlados con los tratamientos habituales y requiere la disminución del nivel de conciencia de un paciente cuya muerte se prevé próxima, con el consentimiento explícito, implícito o delegado.

Documento de voluntades anticipadas (DVA) (4): manifestación escrita, hecha para ser incorporada al Registro de Voluntades Anticipadas, por una persona capaz que, consciente y libremente, expresa las opciones e instrucciones que deben respetarse en la atención sanitaria que reciba en el caso de que concurren circunstancias clínicas en las cuales no pueda expresar personalmente su voluntad. Así como, la posibilidad de asignar un representante como interlocutor de sus deseos con los profesionales sanitarios.

Planificación anticipada de las decisiones sanitarias (planificación compartida de la Atención) (4): proceso de reflexión y comunicación entre profesionales, pacientes y familiares que facilita la toma de decisiones de forma anticipada de una persona competente e informada mediante la deliberación sobre la atención que le gustaría recibir cuando no pueda decidir por sí misma. Atendiendo al DVA, que es una herramienta dentro del proceso de planificación, como resultado del proceso de comunicación .

Objeción de conciencia (5): negativa a cumplir un cometido profesional exigido por las leyes o por algún reglamento o protocolo institucional, o impuesto por las autoridades legítimas, aduciendo para ello razones morales o de conciencia. Alude a su carácter individual, privado y concreto.



02

HECHOS, VALORES Y DEBERES

Siguiendo la metodología deliberativa¹ que habitualmente se utiliza en los comités de ética asistencial y tomando como referencia para el desarrollo de este informe el realizado por la Comisión Sociosanitaria de Comités de Ética de Euskadi, empezaremos resumiendo los hechos sociales, culturales, y legales que afectan a esta ley. Seguiremos con nuestros hechos refiriéndonos a los resultados de nuestra encuesta y terminaremos con una deliberación sobre valores y deberes, donde nos referiremos a los informes más recientes de diversas organizaciones, para terminar enumerando los cursos de acción (propuestas) que nos parecen más adecuados (6).

1 El método deliberativo al que nos referimos pasa necesariamente por tres niveles de deliberación. La primera sobre los hechos, refiriéndose a aquello de lo que tenemos constancia, que podríamos decir “objetiva”, los llamados datos, que pueden ser clínicos, sociológicos etc. La segunda, sobre valores. Éstos son más complicados de tratar porque no estamos acostumbrados a ello y además son los que al enfrentarse, generan el problema ético. Pero además al ser valores, por definición, nuestra obligación moral es defender todos los valores presentes, no solo uno, no solo los nuestros. Todos los valores valen y por ello intentaremos en el tercer nivel (la deliberación sobre deberes) buscar cursos intermedios, seleccionando el óptimo, evitando los extremos que por definición son malos ya que “se cargan” el valor contrario. Para ampliar: Gracia D. Bioética Mínima. Triacastela. Madrid. 2019. PP 58-61.

HECHOS

Ante cualquier análisis ético lo primero es empezar deliberando sobre los hechos. La muerte es claramente un hecho biológico, pero no sólo y no es algo tan claro como parecería. La definición de muerte clínica, centrada en parámetros cardio-pulmonares ha tenido que revisarse para incluir la muerte cerebral y solucionar debates relacionados con los trasplantes de órganos, y/o actuaciones en las unidades de cuidados intensivos (7). Por otra parte, y a propósito de los avances en la ciencia y en la técnica, ha sido preciso reflexionar sobre las consecuencias que han tenido en la práctica sanitaria al derivar en la idea de que la medicina todo lo puede. Esto nos llevaría a sacar a la luz los valores que estos hechos han llevado aparejados de sacralidad de la vida y exaltación (más valor) del curar como fin último de la medicina, que como contravalor llevaba a lo que se ha llamado “encarnizamiento terapéutico” cuando se olvidaba que ayudar a un buen morir es un fin tan lícito y encomiable como salvar vidas (8).

En cierta manera esto ha empezado a cambiar como consecuencia de la irrupción de los derechos de los pacientes/usuarios en el ámbito sanitario y social y del desarrollo de los cuidados paliativos (CP en adelante). Ha quedado reflejado en diferentes leyes que afectan a nuestro territorio nacional y autonómico, que enfatizan el valor del respeto a la autonomía personal, la importancia de tomar decisiones compartidas y dejar registro de ellas para que cuando no se pueda expresar o se pierda la capacidad se tengan en cuenta, y por supuesto la importancia de lo que se ha llamado “muerte digna” (9). En esta última ley, se regula además la necesidad de que existan comités de ética asistencial.

Todo este desarrollo legal ha proporcionado seguridad a los profesionales sanitarios, dejando claro que determinadas decisiones de omisión y retirada de tratamientos y/o soportes son buenas prácticas y denotan calidad asistencial. Con todo, se precisa un buen conocimiento de estos escenarios de final de vida, para evitar confusiones en el manejo de la situación (a todos los niveles, tanto en la atención como en la gestión administrativa y legal) y también de herramientas de deliberación y comunicación.

Desde hace muchos años, la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica (10), deja claro que los usuarios tienen derecho a participar en las decisiones que tienen que ver con su salud y por tanto con su vida, al consentir (después de haber recibido la información

necesaria) o no hacerlo y rechazar por tanto tratamientos (o actuaciones diagnósticas), aunque ello suponga anticipar su muerte. Pero, hasta hoy la eutanasia y el SMA no eran prácticas autorizadas en España. La solicitud de estas prácticas y la denuncia del sufrimiento que el rechazo (y la condena) a ello ha ocasionado a varias personas que han querido hacerlo público desde hace varios años, también forma parte de estos hechos. Posiblemente el caso más conocido es el de Ramón Sanpedro (tetrapléjico después de un accidente) en 1998, al que han seguido más personas. Una de las últimas fue M^a José Carrasco (enferma de esclerosis múltiple en estadio muy avanzado) quien falleció en 2019 auxiliada por su esposo para poder suicidarse ingiriendo una bebida letal.

Centrándonos en la eutanasia, interesa destacar que uno de los marcos legales que se modificará en breve es el Código Penal en su artículo 143, apartado 4, teniendo en cuenta en su redacción, incluir tanto a los profesionales médicos como enfermeros, siguiendo la recomendación del informe de la Comisión Deontológica del CODEM¹ (11).

Entrando ya en los aspectos legales, que son la parte central de esta deliberación sobre los hechos, mencionar que la actual propuesta de la LORE no ha sido la primera ocasión en que se ha intentado despenalizar y/o regular la eutanasia en el Congreso de los Diputados. En enero de 2017, fue presentada por el grupo parlamentario de Unidas Podemos, con el objetivo de regular el derecho a solicitar y recibir ayuda médica para poner fin a su vida aquellas personas que cumplen unos requisitos claramente especificados. En septiembre de ese mismo año en el Parlamento de Cataluña se presentó la Proposición de reforma de la Ley Orgánica 10/1995, de 23 noviembre del Código Penal, con el fin de despenalizar la eutanasia y la ayuda al suicidio, modificando el apartado 4 del artículo 143 del Código Penal. El 3 de mayo de 2018 el grupo parlamentario socialista volvió a presentar una proposición que regule el derecho a solicitar y recibir ayuda para morir y por último, el 31 de enero de 2020 se admitió a trámite la propuesta de la LORE que el 18 de marzo del año en curso ha sido aprobada en la cámara baja tras admitir varias enmiendas en el Senado (12).

Esta norma se compone de una exposición de motivos, 5 capítulos, 2 disposiciones adicionales, una disposición derogatoria y 4 disposiciones finales. El capítulo I se dedica al objeto, ámbito y definiciones. El capítulo II explicita cuáles son los requisitos para poder solicitar la prestación de ayuda para morir y las condiciones para su ejercicio. El capítulo III regula el procedimiento para llevar a cabo dicha prestación, planteando la creación de una Comisión de Garantías y Evaluación. Esta iniciativa, se pondrá en marcha por primera vez en nuestro país. El capítulo IV se centra en las condiciones que garanticen el acceso en condiciones de igualdad y equidad, incluyendo esta prestación en la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud. De la misma forma garantiza el derecho a la Objeción de Conciencia de los profesionales directamente implicados. El capítulo V regula la creación de las CGE en todas las comunidades autónomas. En las disposiciones adicionales deja explícito que la muerte por eutanasia será considerada muerte natural y por último modifica la ley Orgánica 10/1995 del 23 de noviembre del Código Penal, para despenalizar las conductas eutanásicas que se ajusten a los supuestos de esta ley.

1 En el informe de la Comisión Deontológica del CODEM, propone la siguiente redacción: “4. No será punible la conducta del médico/a ni enfermero/a que con actos necesarios y directos causare o cooperare a la muerte de una persona, cuando ésta sufra una enfermedad grave e incurable o enfermedad grave, crónica e invalidante, en los términos establecidos en la normativa sanitaria.”

Esta ley, responde a una tendencia de apoyo a la regulación de la eutanasia y el suicidio medicamente asistido en España que ha ido aumentando (13), tal y como reflejan encuestas y estudios como los del Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS) en 2009, o de las empresas Ipsos Mori, en 2015 y Metroscopia en 2017, 2019, y más (14).

También responde al trabajo realizado por la Asociación Federal Derecho a Morir Dignamente (DMD). Compuesta por 7.000 asociados y varios miles de simpatizantes, se trata de una asociación sin ánimo de lucro, fundada en 1984 y registrada en el Ministerio del Interior con los siguientes fines: promover el derecho de toda persona a disponer con libertad de su cuerpo y de su vida, y a elegir libre y legalmente el momento y los medios para finalizarla. Defender, de modo especial, el derecho de los enfermos terminales e irreversibles a morir sin sufrimientos, si este es su deseo expreso (15).

Y por último, para responder a la pregunta: ¿qué opinan los profesionales? resumiremos brevemente las peculiaridades de los estudios que se han realizado a médicas/os y enfermeras/os en otras provincias. Es de estos estudios de donde tomaremos algunos resultados para exponer la comparativa con nuestro estudio.

La primera encuesta la realizó en el Colegio de Médicos de Bizkaia entre octubre y noviembre de 2018 (16). Primero se hizo a una muestra aleatoria de 382 colegiados y después a una muestra general de 723, de un total de 7.700 médicos. Creen indispensable tratar de forma diferenciada el debate sobre los cuidados paliativos y el derecho a la eutanasia. De la misma forma que dedican un buen espacio a dejar claras las definiciones sobre eutanasia, SMA y más conceptos imprescindibles para el análisis. La encuesta consistía en 8 preguntas acerca de: 1) si el debate sobre la regulación de la eutanasia debía ser sólo de los médicos o debía estar abierto a la sociedad. 2 y 3) Las razones que llevan a una persona enferma a terminar con su vida. 4 y 5) Si debería regularse la eutanasia y el SMA. 6) Quién debería aplicar la eutanasia. 7) Si debería existir derecho a la Objeción de Conciencia. 8) Si solicitaría dicho derecho.

Las conclusiones fueron: que el debate debe estar abierto a toda la sociedad, aunque los médicos deben intervenir como agente activo. Que la causa más importante para solicitarla era la pérdida de la autonomía. Que la mayoría creía que se debería regular tanto la eutanasia como el SMA, aunque el primero en un porcentaje mayor. Que debía aplicar la eutanasia el médico y que debía garantizarse el derecho a la Objeción de Conciencia, aunque la mayoría no la solicitaría. Otra conclusión, fue que la edad influía en las respuestas siendo más conservadoras la de los colegiados de más edad. El sexo no influía.

Estas conclusiones se repiten de forma bastante similar en los demás estudios, pero con algunas matizaciones que destacaremos a continuación y que se deben a ampliaciones en la encuesta inicial y/o a que profundizan más en ciertos aspectos.

El Colegio de Médicos de Tarragona (17) publicó sus resultados en julio de 2019 comparándolos con los obtenidos en Bizkaia. Con 3325 colegiados, la muestra fue de 715. En la encuesta añadieron preguntas abiertas para recoger literalmente la opinión de los encuestados y profundizar en la diferencia eutanasia/cuidados paliativos. Dejando claro que los CP deben ser ofrecidos antes y que debe haber garantía de acceso a los mismos. Igualmente esta garantía debe darse para morir acompañado. Profundizan en la variación de las respuestas en función de la proximidad que los profesionales tengan en la atención a pacientes próximos a morir o que les hayan demandado practicarles una eutanasia/SMA

o una retirada (o no inicio) de tratamiento y resulta que en los profesionales donde hay menor número de respuestas favorables a la eutanasia son en los colectivos de geriatras y paliativistas. Amplían el estudio preguntando acerca de en qué supuestos debería permitirse. La mayoría está de acuerdo que ante un paciente terminal y con dolor debe poder adelantársele la muerte, habiendo más reticencias ante pacientes no terminales, con dolor crónico o limitaciones funcionales y/o en su calidad de vida. Aún es mayor el grado de desacuerdo, cuando la petición viene por parte de familiares ante pacientes en las condiciones anteriormente descritas.

Los estudios realizados en el Colegio de Médicos de Las Palmas y en el Colegio de Médicos de Madrid (18), mantienen resultados y conclusiones similares que mostraremos en una tabla más adelante.

En La Rioja se realizó otro estudio, entre el 17 de marzo y el 8 de abril de 2019, pero esta vez en el colectivo de enfermería (19). De 1971 colegiadas/os tomaron una muestra de 540. Este estudio se replicó entre septiembre y noviembre de 2020 por la Comisión Deontológica del Colegio Oficial de Enfermería de Madrid, que publicó su informe el 14 de diciembre de 2020, pero en este último estudio añadieron varias preguntas más: una sobre qué profesional debe dar la información acerca de la prestación de la eutanasia, incluyendo en la respuesta la posibilidad de que sean las enfermeras además de los médicos. En la pregunta sobre quién debe aplicarla, incluyen la posibilidad de respuesta de “solamente un enfermero/a”. También dos preguntas sobre la formación en paliativos y bioética como parte importante para el debate. Otra pregunta nueva fue sobre si los enfermeros debían participar en la redacción de la ley por medio de sus colegios profesionales y por último para profundizar en qué actuaciones concretas se objetaría en conciencia, siendo éstas: preparación del fármaco letal, administración, preparación y administración, proporcionar los medios para el SMA, acompañamiento durante la eutanasia o el SMA, asesorar y participar en la redacción del documento de instrucciones previas, participar en el proceso dialógico durante la solicitud, participar en el proceso deliberativo con paciente y familia, participar como testigo, ser miembro del equipo consultor y/o de la CGE, y por último si objetaría a participar en un programa de formación específico sobre la prestación de ayuda a morir. Esta ampliación resulta muy interesante ya que abre el debate acerca de las diferentes funciones que puede hacer la enfermería, más allá de la mera administración del fármaco. También porque deja claro que hoy en día en los hospitales, centros de salud, unidades de soporte de paliativos etc. se trabaja en equipo¹.

1 Este empeño se ha visto compensado en los cambios que en la última modificación de la ley se han producido, cambiando en varios sitios la palabra médico por la de equipo.

Nuestros hechos

Este apartado versa sobre los resultados del estudio realizado en la provincia de Teruel. Además de replicar el estudio de la Comisión Deontológica del CODEM, se añadieron algunas preguntas referentes al entorno rural, ya que entendimos que esta particularidad puede influir en la percepción y por tanto las actitudes que tengan respecto a la eutanasia. Otras dos fueron preguntas acerca de dos escenarios de final de vida, para conocer si se reconocían bien o no. Esta pregunta responde al diseño de parte de esta investigación que consiste en repetir la encuesta antes y después de una intervención formativa.

OBJETIVOS

Objetivo general: Conocer las actitudes de los profesionales sanitarios (médica/os y enfermera/os) de Teruel sobre la eutanasia y el Suicidio médicamente asistido (SMA).

Objetivos específicos:

- Recoger las perspectivas sobre la regulación de la eutanasia y el SMA de los profesionales sanitarios (médicas/os y enfermeras/os) de Teruel.
- Analizar las diferencias entre médica/os y enfermera/os con relación a las actitudes sobre la eutanasia y el SMA.

METODOLOGÍA

Estudio observacional, descriptivo y transversal realizado en los meses de febrero y marzo de 2021, cuya población de estudio fueron los enfermeros/as y médicos/as colegiados/os en los respectivos Colegios Profesionales.

A través de la base de datos de los Colegios Profesionales se envió un correo electrónico a todos los colegiados informando sobre el objetivo del estudio e invitándoles a participar de forma voluntaria.

Para ello se diseñó un cuestionario estructurado a través de la plataforma “Google Forms”, constituido por 25 preguntas con variables tipo Likert dicotómicas, en base a estudios previos realizados por otros colegios profesionales para poder comparar los resultados, y en función de aspectos específicos que se recogen en la propuesta legislativa.

Perfil del entrevistado

01

Sexo

El 79,4% de la muestra fueron mujeres. Si dividimos en profesiones el 85,4% de las enfermeras y el 69,8% de los médicos fueron mujeres.

79,4%



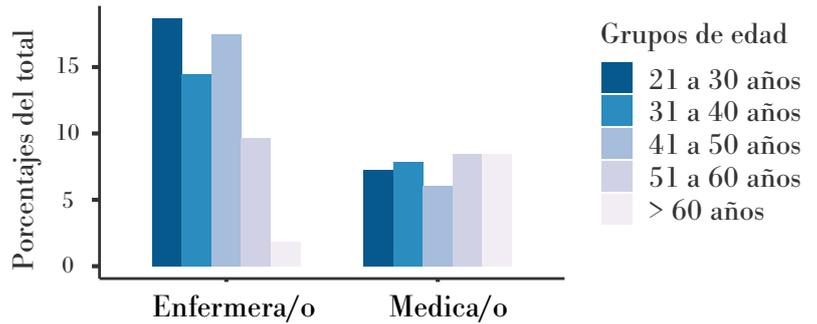
26,6%



02

Edad

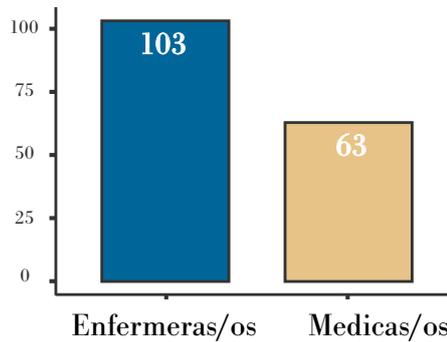
El grupo de edad más representado en la muestra fue el de 21 - 30 años (un 25% de la muestra total).



03

Profesión

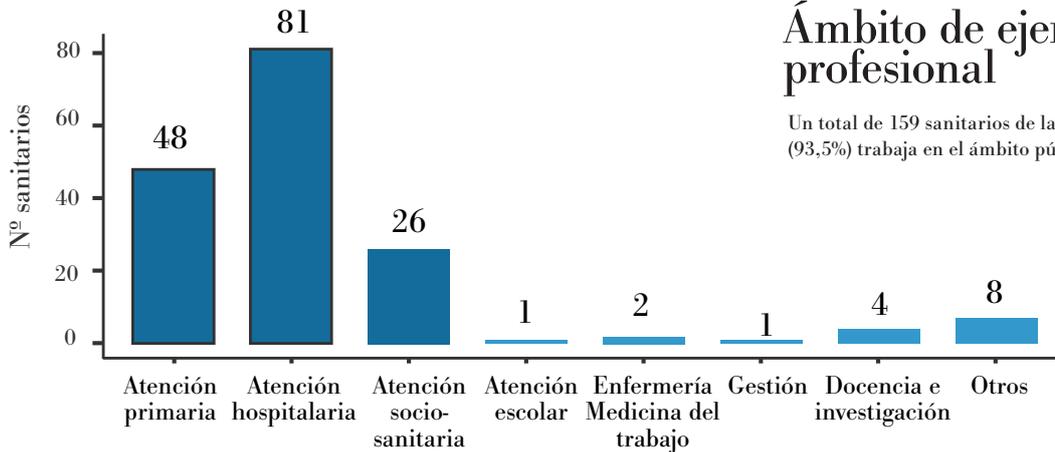
El total de profesionales colegiados en la provincia de Teruel es de 1061 enfermeras y 690 médicos.

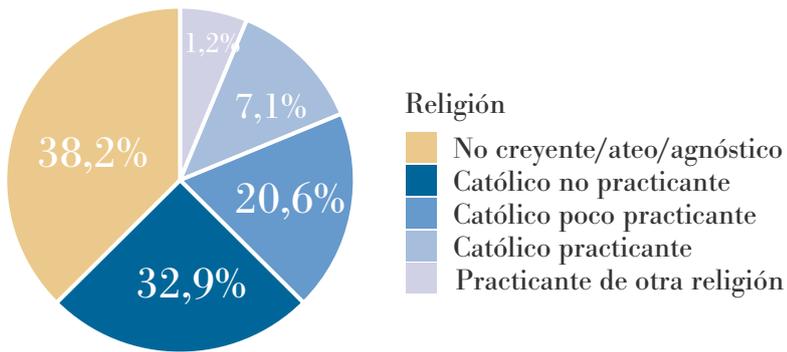


04

Ámbito de ejercicio profesional

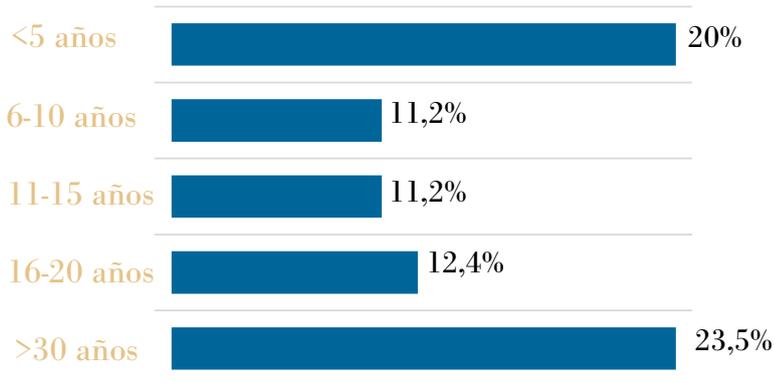
Un total de 159 sanitarios de la muestra (93,5%) trabaja en el ámbito público.





05 Religión

El 38,2% de la muestra se considera agnóstico/ateo o no creyente, el 60,6% se considera católico y el 1,2% practicante de otras religiones.

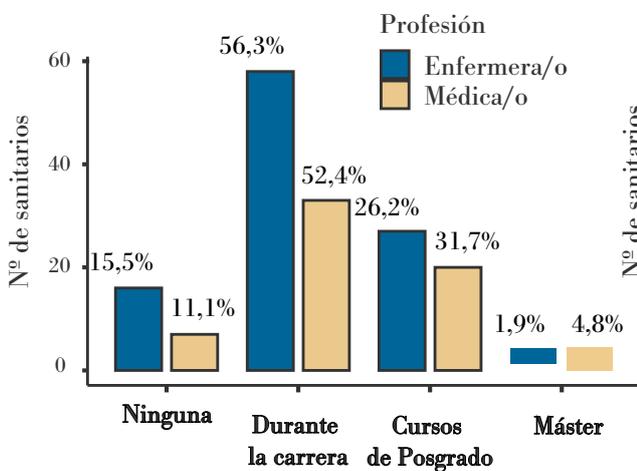


06 Años de experiencia profesional

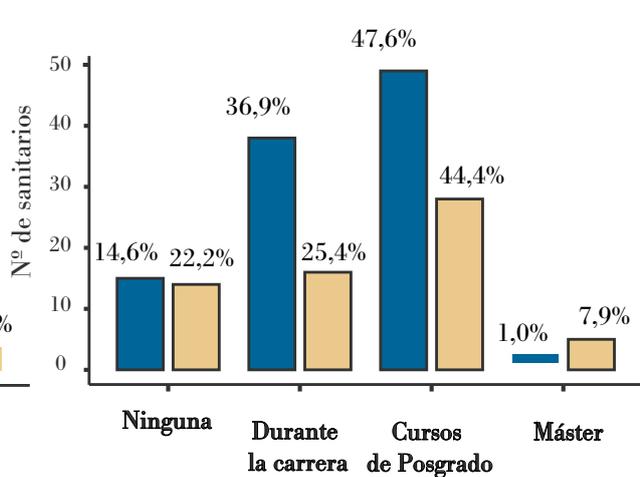
07

Formación en bioética y cuidados paliativos

Formación en bioética



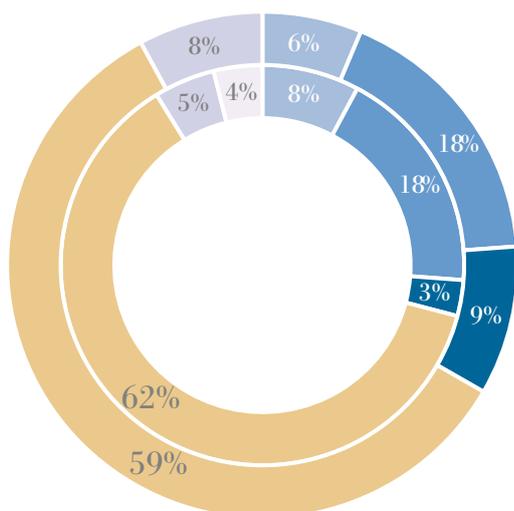
Formación en paliativos



Debate eutanasia y suicidio médicamente asistido.



¿Cuál crees que es la razón más importante que lleva a una persona enferma a pedir terminar con su vida?



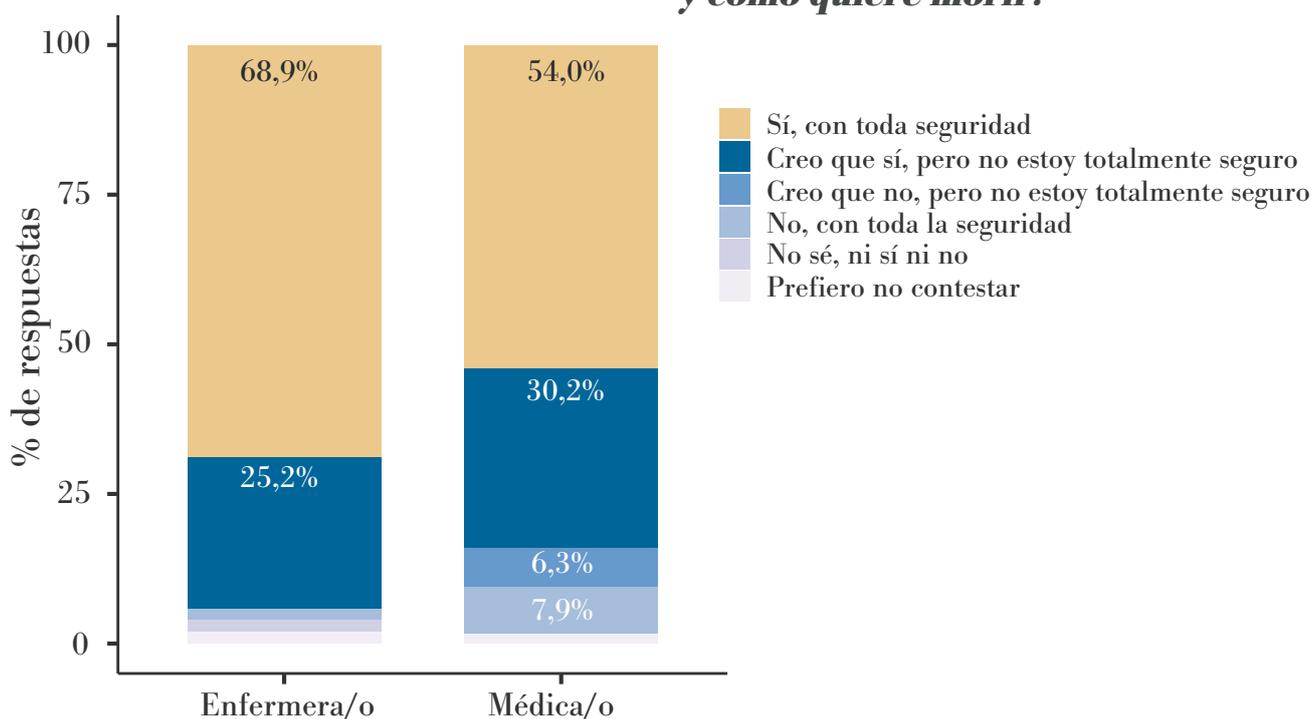
Posibles razones

- Perder su autonomía física completa y la libertad como persona
- Sentir que es una carga para la familia
- Sentir un dolor física insoportable
- El miedo a la pérdida completa y definitiva de las capacidades cognitivas
- Depender de otras personas para cubrir las necesidades básicas
- Otros

Círculo interior referente a médicas/os
Círculo exterior referente a enfermeras/os

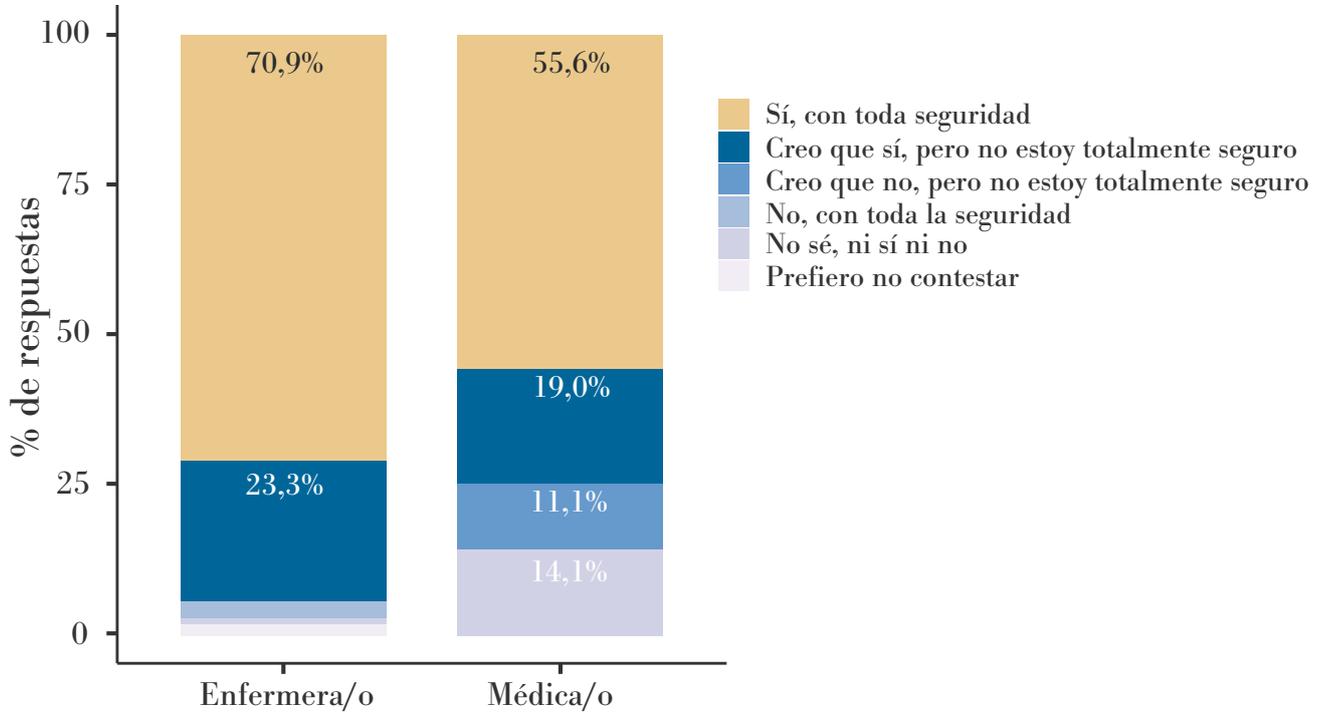


¿Cree que cada persona tiene derecho sobre cómo quiere vivir y elegir cuándo y cómo quiere morir?

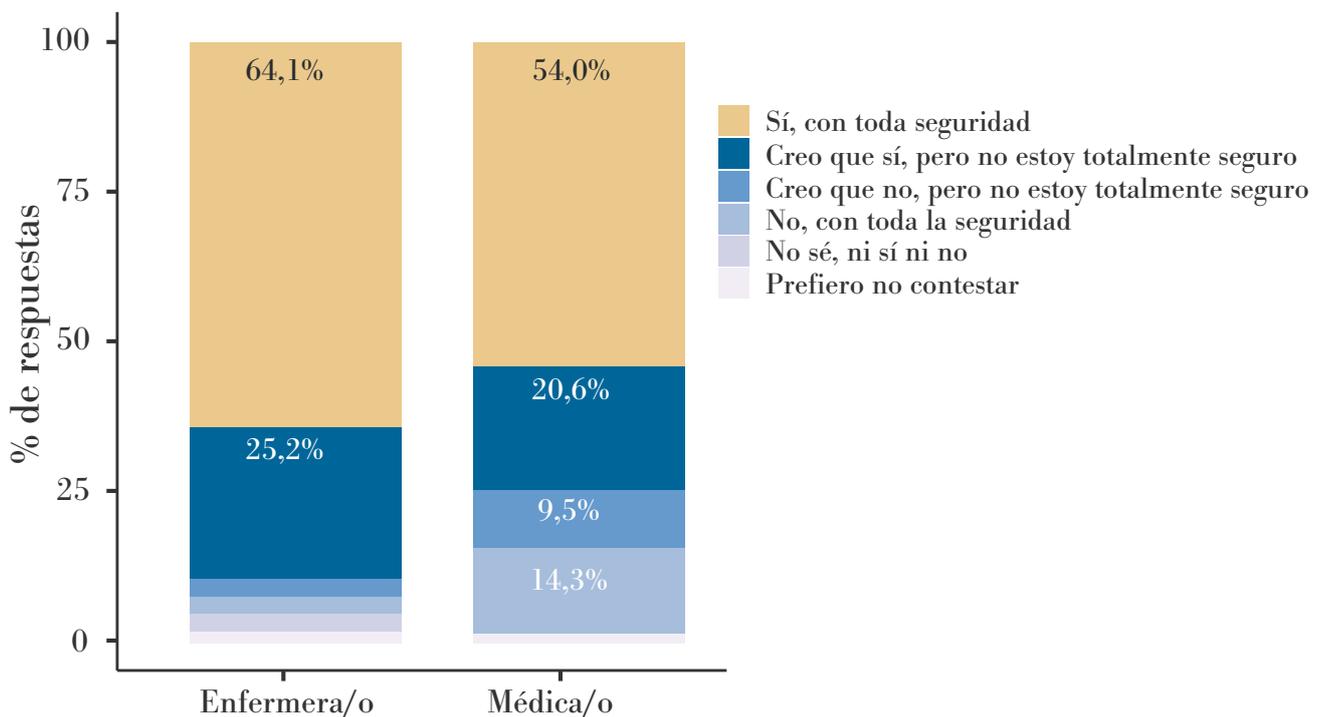




¿Le parece bien que se esté regulando la Eutanasia en España?



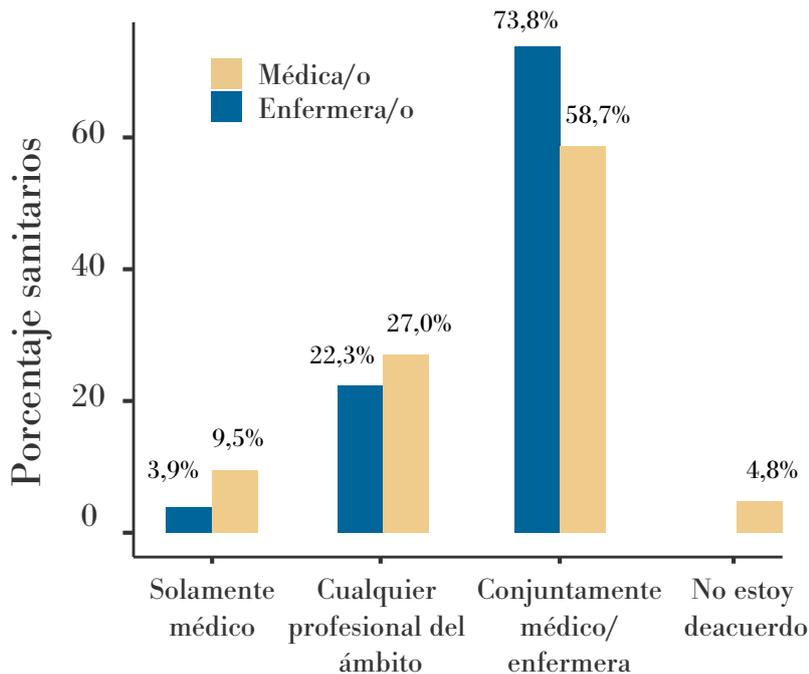
¿Le parece bien que se esté regulando el Suicidio Medicamento Asistido en España?



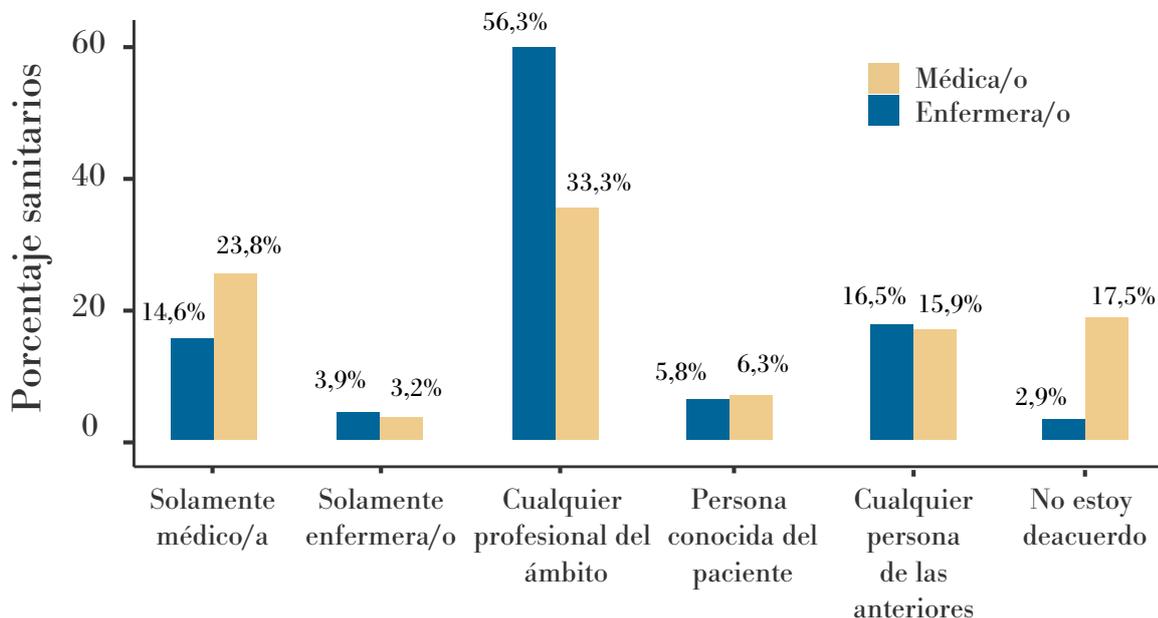
Información y aplicación de la eutanasia y suicidio medicamente asistido.



Ante la solicitud de un paciente de ayuda a morir, ¿quién debería darle la información sobre la eutanasia o el suicidio médicamente asistido?

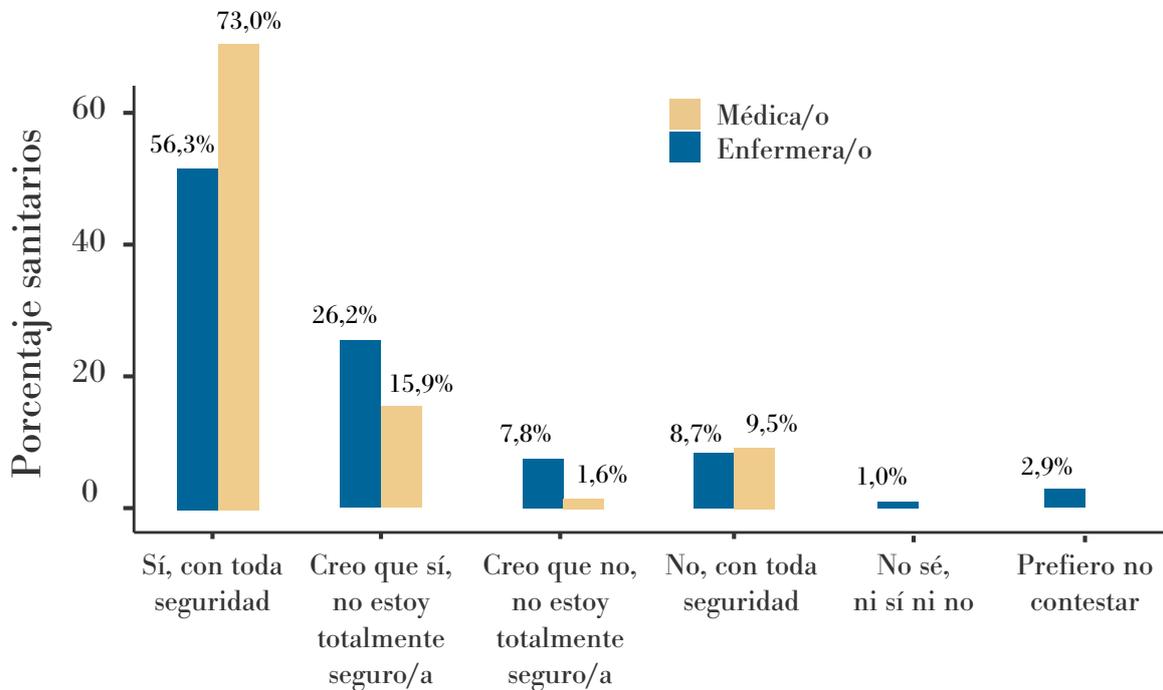


¿Quién debería aplicar la eutanasia?



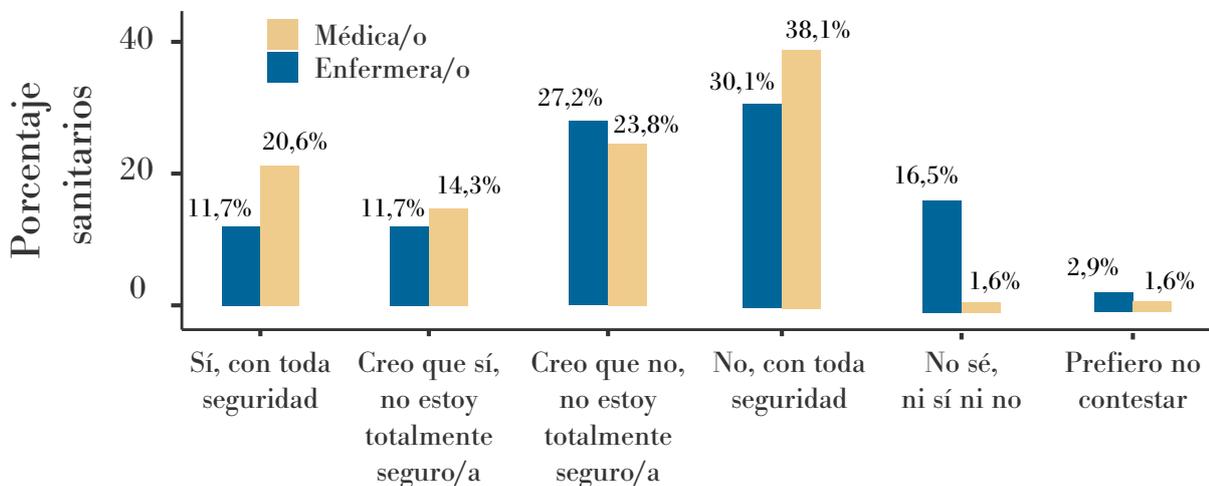
Objeción de conciencia

DERECHO A LA OBJECIÓN DE CONCIENCIA



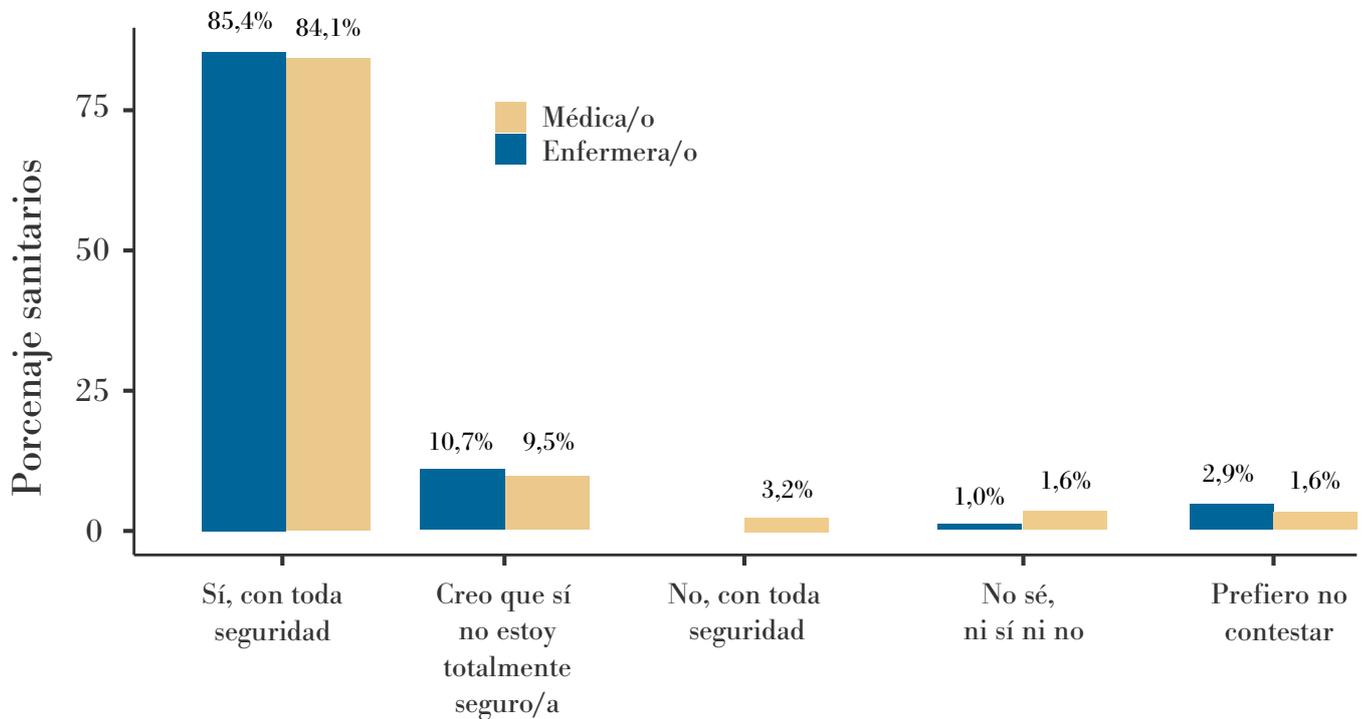
Pregunta: ¿Cree que los sanitarios deberían tener derecho por ley a negarse a llevar a cabo la Eutanasia o el Suicidio Médico Asistido si son prácticas contrarias a sus creencias personales o religiosas (objeción de conciencia)?

SOLICITUD DE OBJECIÓN DE CONCIENCIA



Pregunta: En caso de aprobación de la Ley, ¿solicitaría la objeción de conciencia?

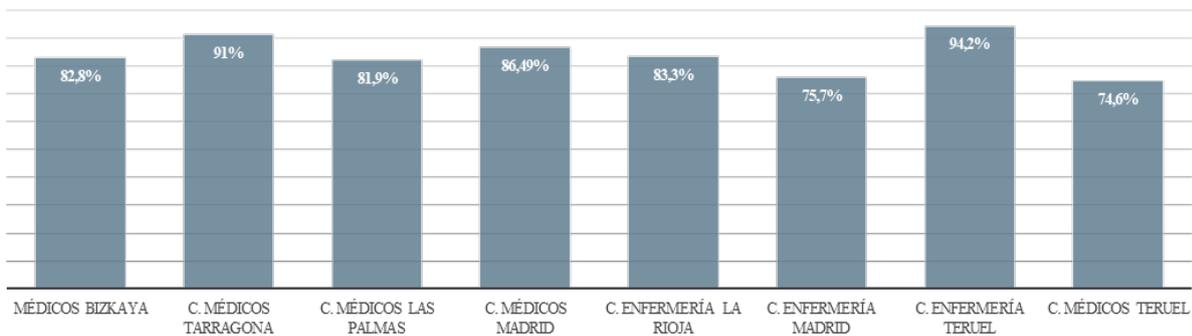
¿Cree que los sanitarios, a través de los Colegios Profesionales deberían participar, orientando e influyendo en la redacción de la ley?



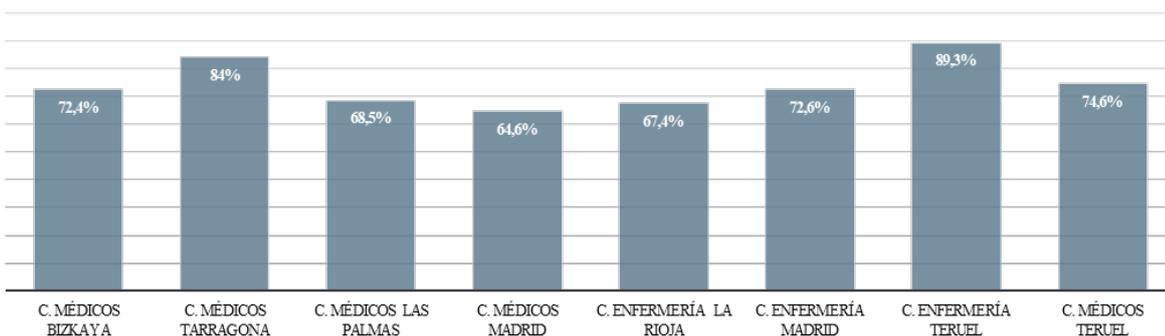
Comparación con otros estudios nacionales

REGULACIÓN DE LA EUTANASIA Y DEL SUICIDIO MÉDICAMENTE ASISTIDO

A favor de regular la Eutanasia

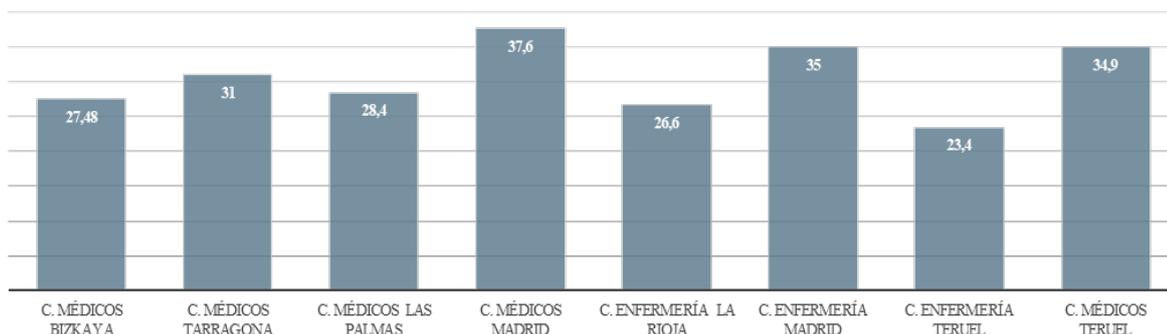


A favor de regular el SMA



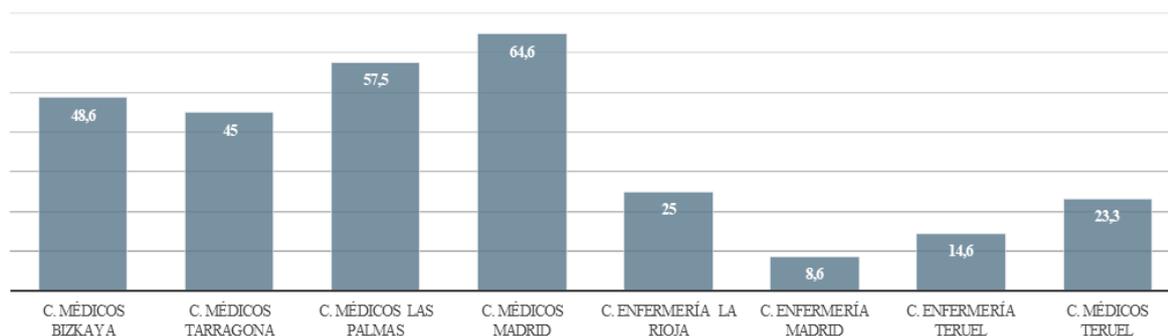
SOLICITUD DE OBJECCIÓN DE CONCIENCIA

Solicitaría la Objeción de Conciencia en caso de regulación

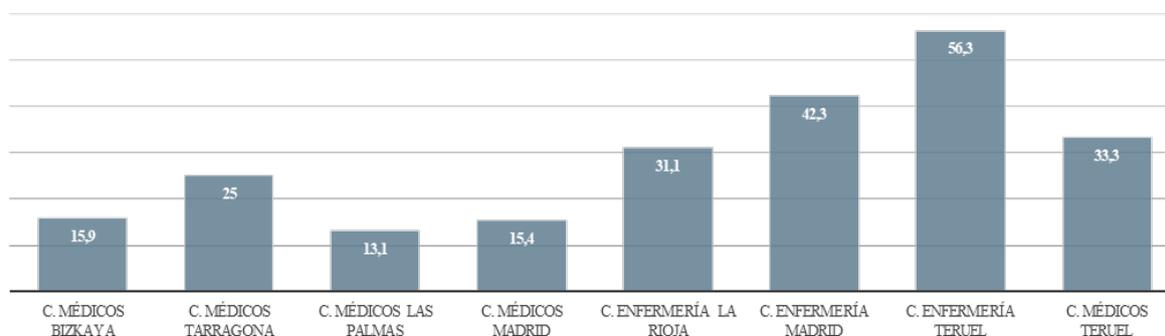


APLICAR LA EUTANASIA Y EL SUICIDIO MÉDICAMENTE ASISTIDO

Solamente un médico/a debe aplicar la eutanasia ¹



Cualquier profesional de Medicina o Enfermería puede aplicar la eutanasia ¹



¹ Los estudios realizados por el CODEM y en los colegios profesionales de enfermería y de médicos de Teruel incluían también la opción de “sólo por la enfermera/o”, por tanto, los resultados son parcialmente comparables.

DELIBERACIÓN SOBRE VALORES Y DEBERES

Como muestra de la pluralidad de nuestra sociedad y la controversia que suscita la regulación de la eutanasia existen diferentes publicaciones y manifiestos emitidos por diferentes organizaciones en nuestro país.

En 2003 el Observatorio de Bioética y Derecho de la Universidad de Barcelona publicó un documento en el que señalaba que el reconocimiento del derecho a la vida no es absoluto, ya que puede entrar en colisión con otros derechos y debe ser ponderado. La concepción del derecho a la vida que implica el mantenimiento de ésta incluso en contra de la voluntad de su titular, debe ceder paso a concepciones más acordes con el respeto al derecho de autodeterminación de las personas y con el carácter laico del Estado (20).

En el documento se plantea la regulación de la eutanasia en base a:

- Derecho a la vida contra obligación de vivir: el derecho a la vida implica el deber de proteger la vida y respetar la vida ajena, no obstante, no se puede imponer el deber de vivir en cualquier circunstancia, en contra de su propia voluntad, especialmente cuando la persona considera que es penosa.
- Derecho a la libertad: a partir de la autonomía, se acoge a la necesidad de respetar la libertad de la persona en la toma de decisiones sobre su propia vida, incluida su muerte, requiriendo la solidaridad por parte de otra persona, con quienes la solicitan.

En 2005 el Instituto Borja de Bioética publicó el artículo “Hacia una posible despenalización de la eutanasia: Declaración del Instituto Borja de Bioética” (21), argumentando que en el marco de la apuesta por la vida, la reflexión sobre la eutanasia se adentra en el inexorable proceso del morir de la persona, un proceso que puede culminar en el último acto humano en la medida que se sabe afrontar con lucidez y responsabilidad. Esta lucidez y responsabilidad pueden significar una firme decisión de anticipar la muerte ante su irremediable proximidad y la pérdida extrema y significativa de calidad de vida. En estas situaciones se debe plantear la posibilidad de prestar ayuda sanitaria para el bien morir, especialmente si ello significa apoyar una actitud madura que concierne, en definitiva, al sentido global de la vida y de la muerte. Consideramos que la defensa de la vida es un valor ético,

y debe ser jurídicamente protegido. Sin embargo, se podría admitir una excepción en el caso de la eutanasia tal y como ha sido descrita. Por tanto, se debería plantear cómo tipificar estos casos desde la perspectiva médica y/o sanitaria y cómo recogerlos en una norma jurídica. En el documento se plantea una serie de premisas como:

- Política Sanitaria: Mayor inversión en cuidados paliativos tanto a nivel de personal como infraestructura para ampliar la asistencia de los enfermos en fase terminal.
- Política Social: Resolver condiciones sociales y económicas que acompañan con frecuencia las demandas de eutanasia.
- Apoyo Afectivo: el entorno afectivo es clave para ayudar a personas a afrontar su muerte, y tomar decisiones responsables, siendo importante el acompañamiento y el respeto de sus decisiones.
- Apoyo Sanitario: es clave en el acto humano de morir, tanto por la presencia, el acompañamiento durante el proceso como por las aportaciones técnicas. Se deberá asegurar un apoyo eficaz, durante el proceso deliberativo por parte del equipo sanitario, tanto en la información diagnóstica, posibilidades terapéuticas reales y los medios que pueden ayudar a bien morir.
- Contexto Eutanásico: hace referencia a situaciones extremas/conflictivas, con una posible despenalización ante supuestos que confronten con la vida y su prolongación innecesaria, remarcando la necesidad de establecer unos requisitos muy específicos, evitando una legislación indiscriminada.

De manera similar, en 2006 se expresó el Comitè Consultiu de Bioètica de Catalunya en el “Informe sobre la eutanasia y la ayuda al suicidio” (22), en el que postulaban que era preciso conjugar tanto la voluntad de la persona para tomar decisiones libres y coherentes con sus convicciones sobre el valor de la vida, como la obligación constitucional de proteger la vida de las personas vulnerables. Para ello referían que se debía asegurar un equilibrio entre los derechos fundamentales a la vida, dignidad y libertad:

- Dignidad como respeto: El derecho fundamental a la dignidad es inalienable e implica no sólo la aceptación de la percepción subjetiva de cada cual, sino la obligación por parte de los otros de reconocer y respetar los diferentes puntos de vista.
- Dignidad como libertad: La dignidad como una expresión de la libertad individual por la que, en un momento determinado, una persona puede decidir dejar de vivir porque entiende que vive en unas condiciones indignas.
- Dignidad y derecho a la vida: Cuando la persona decide que su vida deja de tener la dignidad que merece cualquier vida humana, y que, para ser coherente con el derecho a la dignidad, decide libremente dejar de vivir. En este caso, no se niega el valor de la vida, sino de esa vida vivida en circunstancias que la hacen inhumana y contradictoria.
- Dignidad y proceso de morir: Si se tienen en cuenta los principios morales fundamentales en su relación interna, no se puede separar el respeto a la dimensión física y moral de la persona del conjunto de creencias que configuran su conciencia subjetiva de dignidad, así como de las decisiones que se derivan y que la persona debe poder adoptar de forma autónoma. Desde esta perspectiva, las instituciones sociales no pueden prohibir las concepciones de dignidad que implican tomar decisiones sobre el tiempo y la forma de morir. Los límites de los derechos derivados de estos principios tienen que justificarse, y no viceversa. Las dudas sobre la competencia de una persona, la posibilidad de ser dependiente de otras voluntades, la vulnerabilidad de las personas en muchos aspectos y en diversas circunstancias, aconsejan ser especialmente cuidadosos en la atención a los enfermos y a las personas que piden ayuda para morir, y ciertamente se deben establecer precauciones y garantías.

El Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos de España, se reafirmó en su asamblea general de 2018 que “el médico nunca provocará intencionadamente la muerte de ningún paciente ni siquiera en caso de petición expresa por parte de éste”(23).

Por último, en 2020 el **Comité de Bioética Nacional** señalaba 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: propuestas para la reflexión y la deliberación” (24), que para que un deseo o una pretensión pueda transformarse en un auténtico derecho, es necesario poder situar dicha pretensión en el marco de las relaciones sociales como algo razonablemente exigible. Argumenta que existen razones sólidas para rechazar una modificación de la normativa acerca de la eutanasia que, en su opinión, recoge suficientemente los actos compasivos como excepción y como motivo de despenalización parcial. Es decir, la existencia del derecho exige razones más allá de los meros deseos de la persona, ya que implica poner en sus manos un poder que le permite controlar la conducta de otros, determinar lo que éstos deben hacer o dejar de hacer, y hacerlo con el respaldo del Estado. El problema reside, pues, en confundir lo lícito en determinados contextos con lo exigible. Y también en transformar, en atención a las características singulares de un caso concreto, una hipotética excepción o atenuación al deber moral y legal de no matar, en un derecho e, incluso, más allá, en una prestación con cargo al sistema público. El Estado no tendría ya en sus manos la salud de sus ciudadanos/as, sino la propia vida, soslayando uno de los principales límites del Estado liberal, en virtud del cual, la vida de los ciudadanos/as no puede estar a disposición de los poderes públicos.

De forma general algunos de los argumentos que se han señalado en contra de la regulación de la eutanasia son:

- Vida como derecho inalienable: considerar que la vida posee un valor superior a otros bienes, por lo que se debe salvaguardar y nunca se debe acabar con ella
- La prevalencia del principio de beneficencia y la salvaguarda de la vida
- Práctica contraria a los fines de la medicina y la enfermería, y en todo caso, no es un acto médico o sanitario.
- Dificultad en el posible arrepentimiento del paciente a última hora.
- No resuelve los problemas del enfermo, sino que, directamente lo destruye.
- Pendiente resbaladiza (al legalizarse dicha práctica los pacientes en situación terminal o incurable se verían abocados de manera imparable a llevarla a cabo, al no ver otra posibilidad para acabar con su sufrimiento, y también la posibilidad de incluir otros casos que no cumplieran todos los requisitos legales).
- Presencia de posibles intereses de terceras partes.
- De los argumentos que se han definido a favor destacan:
 - Derecho a vivir, pero no la obligación a vivir
 - La prevalencia del principio de autonomía y del respeto a la libertad para decidir
 - Evitar el sufrimiento, cuando los cuidados paliativos no consiguen aliviarlo, incluyendo también situaciones de no terminalidad
 - Evitar un fin doloroso ante una enfermedad irreversible
 - El temor de ser mantenido con vida a cualquier precio
 - No querer convertirse en una carga para los familiares y para la propia sociedad
 - Evitar situaciones de irregularidad, mediante un control estricto.

La Comisión de Comités Sociosanitarios de Comités de Ética de Euskadi, publicó su “Informe de posicionamiento ético y valorativo acerca de la posible despenalización y regulación de la Eutanasia y el Suicidio Medicamento Asistido” (13), el 9 de diciembre de 2020. Como resumen final se incluyen varias conclusiones y recomendaciones que resumimos:

- Estiman moralmente aceptable la despenalización y regulación de esta ley, además de considerarla necesaria, oportuna y beneficiosa en el contexto sociosanitario actual. Matizando que siempre que se garantice la seguridad clínica y jurídica de pacientes y profesionales.
- Se debe garantizar el acceso a los cuidados paliativos o a las ayudas sociales a todas las personas, incluyendo aquellas que soliciten eutanasia o suicidio médicamente asistido. El desarrollo de los cuidados paliativos no está condicionado ni entra en conflicto con la legalización y regulación de las ayudas médicas para morir.
- El compromiso profesional y humano del o de la profesional con su paciente es desde donde puede considerarse moralmente aceptable una intervención cuya intención sea acabar con su vida. Solo desde dicho compromiso, el imperativo real de la muerte para el o la paciente, se convierte en el imperativo moral para el o la profesional de facilitar la muerte como el mejor modo de “cerrar una biografía” concreta.
- Sobre la objeción de conciencia de los profesionales dejan claro que debe respetarse pero no planteada siempre como una objeción monolítica o genérica a todo acto eutanásico. Sino razonada para cada caso concreto. Garantizándose el acceso a los usuarios.
- A lo largo de este informe desarrollan lo que llaman “situaciones especiales, relativas a personas con trastorno mental, deterioro cognitivo o discapacidad, que deben tratarse con extrema prudencia”. Solicitando un tratamiento específico para cada una de ellas.
- Abogan por la participación de los comités de ética en los procesos de asesoramiento, seguimiento y evaluación que necesariamente deberán establecerse y de los/as profesionales de la psicología cuya ayuda ante las necesidades emocionales de las personas que soliciten la eutanasia garantice que la capacidad y autonomía es completa.

La Comisión Deontológica del Colegio Oficial de Enfermería de Madrid, el 14 de diciembre 2020 publicó su “Informe sobre la proposición de Ley orgánica de regulación de la eutanasia” (11), donde realizan una interesante revisión de aspectos, sociales, legales, éticos, deontológicos y clínicos de la eutanasia y el SMA. Las recomendaciones finales de este informe se realizan apoyándose en los resultados de la encuesta realizada a las enfermeras colegiadas en Madrid. Uno de los grandes logros de este informe fue que la enmienda de modificación del artículo 17 sobre la creación y composición de las Comisiones de Garantía y Evaluación, fuera aprobada, con la inclusión de las enfermeras como miembros de dichas comisiones. Respecto a esta CGE piden “unificar criterios a nivel nacional para evitar variabilidad en función de las distintas ideologías políticas que puedan dificultar la puesta en práctica de la ley. También se deberían detallar claramente:

Requisitos de selección de los integrantes: competencias, experiencia, formación...perfil de los miembros: tan solo detalla que habrá un médico y un jurista, siendo necesario también que estén presentes miembros de Comités de Ética Asistencial, paliativistas, psicólogos, enfermeras...tiempo y modo de renovación de dichos cargos”.

Por otra parte, consideran que la creación y regulación de los registros de objetores de conciencia previstos en la ley se realice por medio de los colegios profesionales.

Su aportación se centra fundamentalmente en destacar el rol de las enfermeras para aportar la visión profesional de los cuidados y participar de forma proactiva en políticas sanitarias, especialmente en los cuidados y atención al final de la vida. Concretando en el proceso eutanásico, entiende que el proceso deliberativo debe llevarse a cabo no sólo entre el paciente y el médico responsable sino que debe incluir a la enfermera como miembro del equipo responsable. siendo esto más coherente con la práctica clínica habitual especialmente en el acompañamiento en el proceso de morir.

Es muy interesante la recomendación de detallar las actuaciones de los diferentes profesionales sanitarios para la realización de la prestación.

El Comité de Profesionalismo del Colegio de Médicos de Madrid, en febrero de 2021 publicó un documento de posicionamiento sobre la Proposición de Ley que nos ocupa (25). Exponen que, a su juicio, ha faltado debate social y político a la tramitación de esta ley y de sus implicaciones. Opinan que en las sociedades occidentales se produce una progresiva tanatofobia (lo que implica ocultar la muerte) que se ha intentado compensar con iniciativas ciudadanas de reflexión sobre el fenómeno de la muerte “Death café” o promoción de culturas de “ciudades compasivas”, pero con un escaso desarrollo.

La Sociedad Española de Psiquiatría (27), en relación a la Ley sobre la regulación de la eutanasia y a los requisitos necesarios para realizarla, pone de manifiesto en un informe publicado en febrero de 2021, que no se hace mención explícita a los trastornos mentales. Por ello valora la necesidad de realizar una serie de reflexiones éticas en torno a la implicación de su padecimiento, en la toma de decisiones libre y voluntaria de cada individuo. Por una parte los trastornos mentales son de por sí crónicos, muchas veces invalidantes porque afectan a la calidad de vida y resistentes al tratamiento. Están asociados en muchas ocasiones a la necesidad de apoyo, vulnerabilidad socio sanitaria y a estigma social. Todos estos factores y los psicopatológicos en sí mismos facilitan la presentación de ideas autolíticas como una forma de liberación de su sufrimiento.

Por todo lo referido, la enfermedad mental puede limitar la autonomía del paciente modificando su libertad, al tomar las decisiones desde cogniciones depresógenas o distorsiones cognitivas, causadas por la voluntad patológicamente deformada de la persona limitando la capacidad de decisión del individuo de forma transitoria o definitiva.

Por otra parte el padecimiento de una enfermedad física crónica e invalidante, puede acompañarse de trastornos psiquiátricos concurrentes y secundarios a la enfermedad orgánica, que puedan influir en la decisión de solicitar ayuda para morir. La presencia de síntomas depresivos puede afectar a la autonomía y competencia de los pacientes en la toma de sus decisiones en un momento temporal concreto.

Por todo lo referido, consideran la necesidad de asegurar en el procedimiento para la realización de la eutanasia o suicidio asistido, de la voluntad y decisión de la persona, libre de influencias internas (psicopatología) o externas (socioeconómicas). Para ello creen que puede ayudar en la valoración del control previo por parte de la CGE (artículo 10) previsto en la LORE estimar que no exista una enfermedad mental que asocie ideas de autolisis y que en los procedimientos de valoración, se estime la capacidad de decisión del individuo de forma especializada y se acredite la presencia de una enfermedad de carácter orgánico crónico e invalidante fundamentalmente.

La Asociación de Bioética Fundamental y Clínica (ABFyC) (28), en relación a la ayuda médica a morir (ya sea en formato de administración –eutanasia– o de prescripción – el denominado “suicidio médicamente asistido”) sostiene como consideraciones generales que sus miembros presentan posturas plurales, que la deliberación social se debe mantener y extender para favorecer la “mejora de la atención en los contextos de cronicidad avanzada y de final de la vida para todas las personas, en un marco relacional, deliberativo, comunicativo, humanizador, de acompañamiento y no-abandono, ofreciendo recursos para la clarificación de preferencias y la adopción de decisiones”. El final de vida debe ser una prioridad, sobre todo en el contexto de un sufrimiento no aliviado, protegiendo a los más vulnerables, consideran que se les deben proporcionar recursos de formación, capacitación y toma de decisiones.

En su documento hacen siete propuestas de mejora legislativa, comienzan con la modificación del título, que recomiendan cambiar por “ayuda médica para morir”, diferenciar entre administración y prescripción, tanto para la realización como para la objeción de conciencia. Cambiar la redacción para que no lesione los derechos de las personas con discapacidad. Revisar la inclusión de la ayuda médica para morir, en el caso de pacientes incapaces que hayan expresado su voluntad en un documento de instrucciones previas. Recomendamos que se haga mención explícita de los comités de ética asistencial (CEA) como órgano consultor que puede ayudar al proceso deliberativo tanto al paciente, médico responsable o consultor. Establecer un mecanismo regulador (supervisor y revisor) a posteriori bien articulado, como en otras legislaciones de otros países. Por último, pero que consideran imprescindible, aumentar el plazo de aplicación y entrada en vigor a 12 meses desde su publicación para poder desarrollar la ley con unas mínimas garantías.

La Asociación Federal del Derecho a Morir Dignamente (DMD)

Como representación ciudadana, incluimos esta asociación. Impulsa valores de libertad como el derecho a decidir sobre el final de la propia vida.

Entre las propuestas que los grupos de trabajo de esta asociación están trabajando citar:

1. Con relación a la CGE, piden que en la selección de sus miembros se preste especial atención a evitar el sesgo ideológico, de tal forma que no puedan formar parte de ella aquellas personas que públicamente se hayan manifestado en contra del derecho de la eutanasia y el SMA. Entienden que esta comisión es un organismo técnico con un cometido básicamente burocrático y que debe dirimir si los casos concretos cumplen las características exigidas por la ley, haciéndolo con la mínima invasión de la intimidad de la persona demandante posible. También piden que tenga suficiente capacidad operativa para no retrasar el proceso, especialmente los primeros momentos, que es cuando se espera mayor número de solicitudes. Igualmente proponen que se establezcan sistemáticas comunes en todo el proceso, tanto en la solicitud como en la evaluación y por último que la actividad de esta CGE sea transparente, especialmente en las solicitudes que son denegadas.
2. Con relación al procedimiento de tramitación piden que se reduzcan en lo posible los tiempos muertos de movimiento de documentación. Piden que se cuide exquisitamente la confidencialidad y para ello solicitan que los documentos se archiven de forma independiente.
3. Alertan sobre la dificultad en algunos casos de determinar quién es el médico responsable y solicitan que sea la persona solicitante quien elija al profesional.
4. Refieren a la necesidad de entender el trabajo en equipo y entienden que la enfermera debe participar durante todo el proceso, también en la formación.

5. Creen que no es exigible la valoración de las unidades de cuidados paliativos, incluida la psicológica en todos los casos, a no ser que el médico o la persona solicitante lo especifiquen.

6. Sobre la objeción de conciencia piden que no se admita la objeción institucional y que aunque se deba hacer de manera anticipada (dado que la ley contempla el registro de objetores) también se pueda hacer ante un caso concreto sin haberlo hecho antes (objeción sobrevenida). Pero entienden que el hecho de ser objetor no debe servir para eximirse del deber de participar en el proceso de formación que las administraciones públicas establezcan.

7. Aunque la LORE no entra en el debate sobre las personas que residen en instituciones, desde la DMD, se entiende que las residencias son los domicilios de quienes allí viven y por tanto este servicio debe poder realizarse allí con garantías de confidencialidad y contando con la formación necesaria para los profesionales. En este ámbito entienden muy relevante la realización de documentos de instrucciones previas.

8. Creen que esta regulación es una oportunidad para conocer en detalle las condiciones en que se muere. De tal forma que así como en Asturias ya cuentan con un observatorio sociológico sobre la muerte, piden que este se cree en otras comunidades y se coordine con la CGE (29).

03

CONCLUSIONES Y PROPUESTAS

La ética no trata de lo bueno sino de lo óptimo, de tal modo que cualquier decisión distinta de la óptima es mala. Debe tenerse también en cuenta que no todo el mundo necesita ver como óptimo el mismo curso de acción. Se delibera para incrementar la prudencia en la toma de decisiones, no para conseguir la unanimidad en la decisión. No se trata de buscar el consenso sino de promover la prudencia. la prudencia no es un punto sino un espacio, de tal modo que dos decisiones distintas e incluso opuestas pueden ser ambas prudentes.

Diego Gracia. Bioética Mínima. p.61

Conclusiones

De nuestro estudio se puede concluir que la mayoría de los profesionales de medicina y enfermería encuestados creen que la razón más importante que lleva a una persona enferma a pedir terminar con su vida es la pérdida de su autonomía física completa y la libertad como persona. Además, la mayoría creen que cada persona tiene derecho sobre cómo quiere vivir y elegir cuándo y cómo quiere morir. A casi todos los profesionales de enfermería y medicina encuestados les parece apropiado que se regule la eutanasia y el SMA en España. La mayoría creen que los sanitarios, a través de los Colegios Profesionales deberían haber participado, orientando e influyendo en la redacción de la ley. La mayoría de los profesionales encuestados cree que los sanitarios deberían tener derecho por ley a negarse a llevar a cabo la eutanasia o el SMA, pero más de la mitad cree que no o asegura que no solicitaría objeción de conciencia. La mayoría de los profesionales de enfermería encuestados aseguran que no solicitarían objeción de conciencia en el proceso de preparación del fármaco y acompañamiento del paciente en el proceso eutanásico o de SMA.

Nuestras propuestas

Nuestras propuestas, una vez analizada la LORE, conocidos los informes realizados por otros equipos y en consonancia con las conclusiones arriba mencionadas son:

01

Asegurar en el procedimiento para la realización de la eutanasia o SMA, la voluntad y decisión de la persona, libre de influencias internas (psicopatología) o externas (socioeconómicas). Estimar que no exista una enfermedad mental que asocie ideas de autolisis y que en los procedimientos de valoración, se estime la capacidad de decisión del individuo de forma especializada y se acredite la presencia de una enfermedad de carácter orgánico crónico e invalidante fundamentalmente.

02

Garantizar el acceso a cuidados paliativos o a las ayudas sociales a todas las personas, incluyendo aquellas que soliciten eutanasia o SMA. Este punto lo consideramos realmente prioritario, de tal forma que el acceso sea universal en cualquier zona, por alejada o despoblada que esté.

03

Los Comité de Ética Asistencial (CEA) pueden ayudar al paciente, al médico/a responsable o al consultor, y a la cualificación de los miembros de la Comisión de Garantía y Evaluación. Formación para llevar a cabo el proceso deliberativo. Asesoramiento de los casos que por sus características específicas precisen una valoración ética, especialmente en casos de reclamaciones. La competencia para asesorar sobre aspectos de bioética debe quedar preservada de manera clara para los CEA.

04

Asegurar que la Comisión de Garantía y Evaluación (CGE) sea un organismo técnico, orientado a la verificación administrativa, que tiene que dirimir si el caso concreto cumple o no las características exigidas por la ley, con el máximo rigor y transparencia; con la mínima invasión de la intimidad, y máxima confidencialidad. Ha de tener capacidad operativa suficiente. Consideramos que en las reclamaciones de eutanasia que han sido rechazadas y esta CGE debe evaluar puede haber conflictos éticos que hayan motivado dicho rechazo, por lo que entendemos que debería, en tal caso, contar con la participación del CEA correspondiente.

05

Promover y dar formación en la PLANIFICACIÓN ANTICIPADA DE LAS DECISIONES como eje central de la asistencia sanitaria. Una ayuda en la toma de decisiones en el proceso de final de vida. Debería facilitarse los mecanismos para que se realizara un adecuado registro de la PAD en la HCE y en el OMI, que contara además con un indicador que recordara que es de obligada lectura para poder respetar la autonomía del paciente.

06

Modificar los Documentos de Voluntades Anticipadas (DVA) para que se adapten a los requisitos de la LORE. El DVA tiene que ir más allá de un simple documento, debe facilitar una relación clínica de calidad. Evitar la burocratización, como pasó con los consentimientos informados. Abrir el acceso a la consulta de DVA a todos los profesionales sanitarios implicados en el proceso (enfermería).

07

LAS ENFERMERAS/OS deben participar en todo el proceso y sus actuaciones deben quedar claramente definidas en los protocolos que se elaboren.

08

OBJECCIÓN DE CONCIENCIA no institucionalizada ni genérica. Es una opción estrictamente personal. Sería deseable la comunicación voluntaria anticipada, admitiendo que haya posibilidad de objetar de manera sobrevenida excepcionalmente. Asegurar estricta confidencialidad y que se ajuste a la normativa de protección de datos de carácter personal. Esto sirve tanto para los pacientes como para los profesionales. Se debe garantizar el anonimato especialmente de los ESAD en zonas pequeñas donde están muy singularizados para no generar prejuicios ni a favor ni en contra. Preocupa la desconfianza social que pueda generarse etiquetar a estos equipos, cosa que se podría evitar eliminando el registro de objetores. Con respecto al rol de enfermería, consideramos que si no queda clara su participación en el proceso eutanásico desde el inicio y se limita a la mera administración (y/o presencia/acompañamiento en SMA), es más fácil que en este colectivo se produzcan más objeciones de conciencia.

Máxima DIFUSIÓN de información de la LORE a profesionales sanitarios y a los ciudadanos. No sólo sobre la LORE, sino también sobre los escenarios del final de vida, la promoción de los DVA, dentro de la PAD.

Para terminar, añadir que este grupo de trabajo es multidisciplinar en el más amplio sentido de este término. Se ha llegado a estas recomendaciones después de varios meses de estudio, trabajo de campo y múltiples reuniones donde se han puesto en común las diferentes opiniones y sensibilidades.



04

BIBLIOGRAFÍA

La ciencia no es perfecta, con frecuencia se utiliza mal, no es más que una herramienta, pero es la mejor herramienta que tenemos: se corrige a sí misma, está siempre evolucionando y se puede aplicar a todo. Con esta herramienta conquistamos lo imposible.

Carl Sagan.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Estudio sobre las actitudes de los profesionales sanitarios de Teruel con relación a la Eutanasia y el Suicidio Médicamente Asistido. Dictamen favorable del CEICA P120-617: aprobado en reunión del día 27/01/2021, Acta Nº 02/2021
- (2) Simón Lorda P, Barrio Cantalejo IM, Alarcos Martínez FJ, Barbero Gutiérrez J, Couceiro A, Hernando Robles P. Ética y muerte digna: propuesta de consenso sobre un uso correcto de las palabras. *Rev Calidad Asistencial*. 2008; 23: 271-85. A esta iniciativa, seguirían otras con un carácter más institucional: Gómez Sancho M, Altisent Trota R, Batiz Cantera J, Ciprés Casanovas L, et al. Atención médica al final de la vida: Conceptos y definiciones. Madrid: Organización Médica Colegial y Sociedad Española de Cuidados Paliativos; 2015. Herreros B, Moreno-Milán B, Pacho-Jiménez E, Real de Asua D, Roa-Castellanos RA, Valenti E. Terminología en Bioética Clínica. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2015;53(6):750-61.
- (3) Del Río Gallego F, Velasco Sanz T (Coord). Guía de Limitación/ Adecuación del Tratamiento de Soporte Vital en el Paciente Crítico. Recomendaciones éticas y procedimientos de actuación. Comité de Ética Asistencial. Hospital Clínico San Carlos. Febrero 2020.
- (4) Saralegui I, Lasmarías C, Júdez J, Pérez de Lucas N, Fernández J, Velasco T, et al. Claves en la planificación compartida de la atención. Del diálogo al documento. Monografía SECPAL sobre Cronicidad Avanzada. 2018; 87-89; Tamayo Velázquez, MI (et al.). Guía para hacer la voluntad vital anticipada. Sevilla: Consejería de Salud, 2012; Simón Lorda, P (et al.) Planificación anticipada de las decisiones. Guía de apoyo para profesionales. Consejería de Apoyo y Bienestar Social de Andalucía, 2013; Miguel Melguizo Jiménez (et al.) Utilidad de la planificación anticipada de decisiones para hacer protagonistas a los pacientes y cuidadoras en la atención al final de la vida. *Comunidad Julio* 2018;20(2):5
- (5) Guías de ética en la práctica médica. Ética de la Objeción de conciencia. Fundación de Ciencias de la Salud. 2008.
- (6) Gracia D. Bioética Mínima. Triacastela. Madrid. 2019. PP 58-61.
- (7) Comité Ad Hoc para la Muerte Cerebral de la Facultad de Medicina de Harvard el 5 de agosto de 1968-Ad Hoc Harvard Committee, 1968). Ad Hoc Committee of the Harvard Medical School to Examine the Definition of Brain Death. (1968). A definition of irreversible coma. Report of the Ad Hoc Committee of the Harvard Medical School to Examine the Definition of Brain Death. *Jama* 205(6):337-340.)
- (8) The goals of medicine. *Hastings Center Report*, 1996. 26 (6). Special Supplement.
- (9) Ley 10/2011, de 24 de marzo, de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de morir y de la muerte. <https://www.boe.es/eli/es-ar/l/2011/03/24/10>
- (10) Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Publicado en BOE núm.274, de 15/11/2002) <https://www.boe.es/eli/es/l/2002/11/14/41/con>
- (11) Velasco T, Rodríguez Y, Cabrejas AM, Guerra MI, Barbado A. Informe de la Comisión Deontológica sobre la Proposición de Ley de la Eutanasia. Madrid. 4-diciembre- 2020

- (12) Boletín Oficial de las Cortes Generales: Proposición de Ley Orgánica de Regulación de la Eutanasia. www.congreso.es 31 de enero de 2020. En línea. Disponible en: 122/000020 Proposición de Ley Orgánica de regulación de la eutanasia
- (13) Zurbanobeaskoetxea L, De la Rica JA, Argote B, et. al. Informe de posicionamiento ético y valorativo acerca de la posible despenalización y regulación de la eutanasia y el suicidio médicamente asistido. 9-diciembre-2020. p.14.
- (14) Centro de Investigaciones Sociológicas: Atención a pacientes con enfermedades en fase terminal. Estudio nº 2803. Mayo-junio 2009. www.cis.es En línea. Consultado el 11 de octubre de 2018. Disponible en: http://www.cis.es/cis/export/sites/default/Archivos/Marginales/2800_2819/2803/es2803.pdf; Metroscopia. Encuestas. www.metroscopia.org 7 de marzo de 2017. En línea. Consultado el 30 de octubre de 2018. Disponible en: <http://metroscopia.org/muerte-digna/>; Ipsos: Assisted Dying Research. The Economist (2015); Serrano del Rosal R, Heredia Cerro A. “Actitudes de los españoles ante la eutanasia y el suicidio médico asistido”. Rev. Esp. Investig. Sociol. 2018; 161:103-12. Molina Martínez, M.A, Serrano del Rosal R. “Regulación de la eutanasia y el suicidio asistido en España ¿Hacia qué modelo se dirige la opinión pública?” Arbor: Ciencia, pensamiento y cultura. 2014; Poll Conducted for The Economist. Assisted Dying Research.2015. Disponible <https://www.ipsos.com/sites/default/files/migrations/en-uk/files/Assets/Docs/Polls/economist-assisted-dying-topline-jun-2015.pdf>; Ortiz-GonçalvesB, Albarrán Juan E, LabajoGonzálezE, , Santiago-SáezA, Perea-Pérez B. Decisiones al final de la vida: resultados del cuestionario validado por expertos. Gaceta Sanitaria. 2018; 32(4):333-8; Rodríguez-Calvo MS, Soto JL, Martínez-Silva MI, Vázquez-Portomeñe F, Muñoz-Barús JI. Actitudes hacia la eutanasia y el suicidio médicamente asistido en estudiantes universitarios españoles. Rev. Bioét.. 2019; 27(3): 490-9.
- (15) Asociación Derecho a Morir Dignamente. DMD <https://derechoamorir.org/quienes-somos/>
- (16) Colegio de Médicos de Bizkaia. <https://www.cmb.eus/informe-encuesta-eutanasia-y-suicidio-medicamente-asistido-del-cmb>
- (17) Colegio de Médicos de Tarragona. https://www.comt.org/images/stories/InformeEutanasia_def.pdf
- (18) Colegio de Médicos de Las Palmas: <https://www.medicoslaspalmas.es/index.php/colegio/institucion/fundamentos/eutanasia>;
- Colegio de Médicos de Madrid: <file:///C:/Users/audio/Downloads/Resultados%20encuesta%20Colegio%20de%20M%C3%A9dicos%20de%20Madrid.pdf>.
- (19) Colegio de Enfermería de la Rioja. http://www.colegioenfermeriarioja.org/fileadmin/noticias/Estudio_completo_nuevo.p
- (20) Casado M, Royes A, Antón P, Atienza M, Badia A ,Buisan L, et al. Documento sobre la disposición de la propia vida en determinados supuestos: declaración sobre la eutanasia. Observatorio de Bioética y Derecho 2003.
- (21) Abel Fabre F, Busquets Alibés E, Camacho Díaz JA, Cambra Lasaosa FJ, Cardona Iguacen X, Cusí Sánchez V, et al. Hacia una posible despenalización de la eutanasia. Instituto Borja.2005.

(22) Armengol R, Boladeras M, Broggi MA, Camps Cervera V, Espasa R, Hernández J, et al. Informe sobre la eutanasia y la ayuda al suicidio. Comitè Consultiu de Bioètica de Catalunya. 2006.

(23) Asamblea General Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos. Organización Médica Colegial de España. “Posicionamiento del CGCOM ante la eutanasia y el suicidio asistido”. Madrid, 21 de mayo de 2018.

(24) De Montalvo F, Altisent R, Bellver V, Cadena F, De los Reyes M, De la Gángara A, et al. Informe del comité de bioética de España el final de la vida y la atención en el proceso de morir, en el marco del debate sobre la regulación de la eutanasia: propuestas para la reflexión y la deliberación. Comité de Bioética de España.2020.

(25) Alonso Babarro. A, De Montalvo Jaaskelainen. F, Calatayud Gastardi. J, Cuervas-MonsMartínez. V, Chivato Pérez. T, Elola Somoza. F.J, Gil de Miguel. A, Hermoso Iglesias.J, Oreja-Guevara. C, Collado Yurrita. L.R, Rojas Estapé. M, Valdés y Llorca. C & Amaya Pombo.C(2021). Documento de Posicionamiento sobre la Proposición de Ley de Eutanasia en el Ejercicio de la Profesión del Comité de Profesionalismo del Colegio de Médicos de Madrid. Monografías de los Comités Científicos del Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Madrid

Recuperado de: https://www.icomem.es/adjuntos/adjunto_2983.1612796273.pdf

(26) Consejo General de la Organización Médica Colegial. La regulación de la eutanasia recoge el derecho a la objeción de conciencia dentro de la LORE. Febrero 2021.

(27) Dictamen. Proposición de Ley orgánica sobre la regulación de la eutanasia. A lo largo de este documento, consideraremos como trastornos mentales a todos los recogidos en las clasificaciones internacionales de la Organización Mundial de la Salud (CIE-10 y CIE-11) y la Asociación Psiquiátrica Americana (DM5), incluyendo por lo tanto los trastornos neurocognitivos (i.e. demencias) y otros trastornos mentales de raíz orgánica.

(28) Reflexiones, consideraciones y propuestas de la asociación de bioética fundamental y clínica (ABFYC) en torno a la regulación de la ayuda médica para morir. Grupo de trabajo elevado a la Comisión científica y a la Junta ABFYC. Marzo 2021. Redacción: Javier Júdez (coord.) y José Antonio Seoane. Miembros: Lydia Feito, Koldo Martínez, Abel Novoa, F. Javier Rivas, Rafael Ruiz e Iñaki Saralegui.

(29) Síntesis de las propuestas de los grupos de trabajo sobre la eutanasia de la DMD de Asturias y Castilla y León. Febrero-Marzo. 2021.

La eutanasia acaba de ser reconocida como un derecho. De los derechos públicos y de su gestión trata la Política. Pero la Ética no trata de los derechos sino de los deberes. Para los profesionales que suponga un conflicto ético responder al “qué debo hacer” los Comités de Ética Asistencial estamos preparados para contribuir a una decisión lo más prudente y responsable posible. A este nivel, la política es imposible que llegue. Nuestra labor empieza ahora.