



Creo que es muy importante el aclarar conceptos, porque cada vez con más frecuencia veo que se confunden distintos conceptos y a veces esto se hace de forma no intencionada y creo, lamentablemente, también con frecuencia se hace de forma malintencionada.

Un primer concepto, que creo que es muy importante conocer, es el concepto de la calidad de vida. Es un concepto que no es sencillo, es un concepto subjetivo, y esto lo aprendí, directamente, con una paciente.

Nosotros hicimos un estudio —como ha dicho el profesor Chivato, he dedicado muchas de mis investigaciones a cardiología geriátrica, a ver el corazón de los ancianos—, hicimos un estudio que llamamos “4c”, de caracterización científica del corazón del centenario, en el cual a los centenarios por toda España, más de 120 centenarios, les hacíamos todo tipo de estudios, cardiacos, pero también a todos los niveles analíticos y también de calidad de vida. El estudio de calidad de vida era muy sencillo: les pedíamos a los centenarios que se atribuyeran un número a su calidad de vida, siendo 1 el peor y 10 la mejor situación.

Entonces, yo me acuerdo de que vino una paciente a mi consulta, lógicamente centenaria, muy caquética, muy demacrada, que entró en sillita de ruedas, y, después de hacerle las distintas exploraciones, yo le hice la prueba de calidad de vida, el test sencillo que hacíamos, y le pregunté qué calidad de vida se atribuía ella, y ella me dijo un 8; y a mí me llamó la atención que se diese un 8.

Entonces, teniendo el temor de que me hubiese entendido mal, le dije: “Bueno, 1 sería lo peor y 10 lo mejor”. Ella me dijo: “Sí, sí, yo me doy un 8 porque yo estoy muy contenta con mis nietos, con mis

bisnietos”. La verdad es que era una señora que estaba cognitivamente perfecta, pese a su edad, y esto me hizo reflexionar hasta qué punto solo cada uno de nosotros sabemos la calidad de vida que tenemos. Tampoco es sencillo, cuando tenemos un enfermo delante, saber la calidad de vida que tiene.

Traía aquí cuatro ejemplos de cuatro películas: las que pueden ver a la izquierda son películas pro-eutanasia, y las que ven a la derecha son películas que defienden la vida. Es muy importante que seamos conscientes que la situación clínica de los enfermos es similar o, si acaso –de hecho, así es–, es peor en las películas de la derecha, que defienden la vida, que en las películas de la izquierda. Es decir, desde el punto de vista clínico, tienen una situación más avanzada los pacientes de la derecha.

Las cuatro están inspiradas en situaciones reales y es interesante ver cómo, ante una misma situación, puede haber pacientes que lo vivan de una forma y otros pacientes, que tienen esa misma situación, que lo viven de una forma totalmente distinta.

Entonces, yo pensaba: “Bueno, ¿cuál sería la situación clínica más extrema?”. No sé si es la más extrema, pero, seguramente, una de las más extremas, es lo que llaman los anglosajones locked-in syndrome, que en castellano se suele traducir por el ‘síndrome del enclaustramiento’ o el ‘síndrome del cautiverio’. Son pacientes que no tienen movimientos voluntarios cuando es completo; es muy raro el completo, el parcial es más frecuente.

Hay un personaje de un libro de Julio Verne que tiene este síndrome y solo consigue mover un dedo, y moviendo el dedo es capaz de comunicarse. Y en una de las películas que he puesto en la diapositiva anterior, hay un periodista francés, que es Jean-Dominique Bauby, que tiene un infarto cerebral y solo consigue mover, voluntariamente, un párpado, y moviendo un párpado logra comunicarse. De hecho, dicta moviendo ese párpado el libro que es La escafandra y la mariposa, que es un libro muy recomendable, y en el libro se basa la película. Básicamente, lo que viene a decir es que su cuerpo es como una escafandra, pero que, con su imaginación, es la mariposa y él es feliz.

Pero hay pacientes que tienen situaciones aún más extremas, y los pacientes que tienen el síndrome del cautiverio completo no tienen ningún movimiento voluntario. Hasta hace tres años, nunca nadie había logrado comunicarse con estos pacientes, lógicamente porque no tienen movimientos voluntarios, y hace tres años, unos investigadores, con técnicas de neurofisiología, consiguieron comunicarse con ellos, porque resulta que cuando pensamos que “sí”, los cambios eléctricos

que se producen en el cerebro son distintos que los cambios que se producen cuando pensamos “no”.

Entonces, básicamente, lo que hacían era que a los pacientes les hacían preguntas y ellos pensaban “sí” o “no”, y de esta forma conseguían contestar a las preguntas. Es gracioso que uno de ellos no quería que su hija se casase con el novio, se lo preguntan 20 veces y las 20 veces piensa “no” y, aun así, la hija se casó con el novio. Esto por decir que fueron capaces, de verdad, de comunicarse con estos pacientes de forma clara.

A mí lo que más me llama la atención del artículo –el artículo es un artículo complejo, porque habla de todos estos procedimientos neurofisiológicos– es que, de los cuatro pacientes, cuando les preguntan cómo ven ellos su situación, los cuatro contestaron que se veían felices, pese a estar en esta situación clínica tan extrema. Lo digo para que no prejuzguemos situaciones que a veces vemos. Los que somos médicos es verdad que vemos pacientes con situaciones muy avanzadas, pero que no prejuzguemos la situación que tienen.

De hecho, si nos vamos a la definición de la Organización Mundial de la Salud de lo que es la calidad de vida, esa definición refleja esto, que es un concepto muy subjetivo, que habla de felicidad, de bienestar, de satisfacción, de sensación positiva. Claro, la definición de la Organización Mundial de la Salud nos dice que es “la percepción que tenemos de nuestro lugar en la existencia”, y es que esto es muy subjetivo. Además, claro, entraba ahí el contexto que tengamos no solo de la situación de salud, sino también de nuestra cultura, de nuestros valores, qué objetivos tenemos, qué expectativas tenemos. Entonces, es importante que solo uno puede decir la calidad de vida que tiene, es un concepto muy amplio y muy subjetivo.

¿Qué es lo que sucede? Que cada vez con más frecuencia se está usando de forma distorsionada, como si hubiese un umbral a partir del cual una situación no tuviese suficiente calidad como para que esa persona estuviese en condiciones de seguir viviendo.

No solo eso, a mí lo que me parece más grave es que se confunde la calidad de vida con la dignidad. Son dos conceptos que son distintos.

La dignidad humana es intrínseca a toda persona. Todos nosotros, simplemente por el hecho de ser seres humanos, tenemos una dignidad máxima que nadie nos puede quitar, y, de hecho, la Declaración Universal de los Derechos Humanos se basa en eso: se basa en que todos tenemos la misma dignidad y, por muy discapacitado que sea un paciente o por muy avanzada que sea una enfermedad, esa persona siempre tendrá una dignidad máxima.

Olvidarse de este principio por visiones dramáticas de situaciones de minusvalías profundas, etcétera, nos hace ir hacia una situación peligrosa, en que alguien pudiese poner un control para ver hasta qué punto la situación de un determinado paciente seguiría siendo digna o no.

Por lo tanto, todos tenemos esta dignidad máxima, pero sí es cierto que enfermos con situaciones avanzadas pueden no percibir esta dignidad, aunque todos la tenemos.

Pero también a mí me parece interesante que los estudios lo que han mostrado es que la dignidad que percibe el enfermo depende poco de su situación clínica tendería a pensar, bueno, pacientes que tengan situaciones muy avanzadas a lo mejor perciben menos esa dignidad, que —insisto— todos tenemos. Pues no, lo que se ha visto es que, ante situaciones clínicas similares, hay pacientes que sí perciben su dignidad y pacientes que no la perciben.

¿De qué depende? Depende mucho del entorno: depende de los médicos, de las enfermeras que están con estos pacientes. La situación que él nota, pues que los médicos y las enfermeras lo están cuidando, que la familia va a verle, que hay una preocupación, que hay un diálogo, que son todos compasivos... pues ese paciente se va a percibir como digno.

Mientras que si un paciente lo que nota es que el sistema sanitario le abandona, que la familia no va a visitarle, ese paciente, aunque tiene una dignidad máxima como todos tenemos, no la va a percibir, y esto es importante porque es una llamada de atención que todos tenemos que tener hacia los pacientes, sobre todo a aquellos pacientes que tienen situaciones avanzadas.

Y ya entrando de lleno en el tema de la eutanasia; como decía antes, hay mucha confusión terminológica, no solo entre la opinión pública, entre nuestros dirigentes, pero es que también entre los profesionales, y esto a mí me parece particularmente grave. Por lo tanto, necesitamos formación y necesitamos calificar conceptos.

Aquí tenemos el hándicap que ya la palabra eutanasia etimológicamente significa algo que es muy distinto al significado real, porque eutanasia significaría etimológicamente ‘buena muerte’.

Todas las definiciones que voy a dar son de la Organización Mundial de la Salud no porque defienda a la Organización Mundial de la Salud, pero sí porque creo que son definiciones universalmente aceptadas.

Entonces, uno se va a la definición de la Organización Mundial de la Salud y lo que nos dice es que “la eutanasia es la acción del médico

que provoca, deliberadamente, la muerte del paciente". Es decir, tenemos un paciente que está sufriendo y el médico, para evitar este sufrimiento, mata al paciente. Sería algo así como el homicidio por compasión. Esto es lo que significa la eutanasia. Por lo tanto, tiene que existir la muerte como objetivo buscado. Esto es muy importante porque luego, cuando tengamos dudas de si una acción es eutanásica o no, si el objetivo buscado ha sido la muerte o no. Si el objetivo buscado es la muerte, ha sido eutanasia.

Esto se puede hacer de una forma activa, la eutanasia por acción, que sería inyectar un veneno del paciente, pero también se puede hacer por omisión, es decir, si yo a un paciente le niego asistencia o la nutrición o la hidratación, y lo hago con el objetivo de matarle, eso también va a ser eutanasia. Por eso digo que es muy importante saber cuál es la intención. Si la intención es quitar la vida, eso es eutanasia.

Por lo tanto, tiene que haber una acción o, como he dicho antes, también puede ser una omisión que, efectivamente, cause o acelere la muerte. Si lo que yo hago no tiene la traducción de que el paciente se muera, eso nunca va a ser eutanasia.

El sujeto sobre el que yo practico la eutanasia tiene que estar sufriendo; más que nada porque, si no, sería un asesinato —la eutanasia se supone que es porque quiere evitar el sufrimiento—, y tengo que tener esta doble intención: por un lado, causar o acelerar la muerte y, por otro lado, aliviar un sufrimiento se entiende —aunque, como luego veremos, no siempre es así— que importante.

Aquí estaría también el concepto del suicidio médicamente asistido, que, aunque éticamente y moralmente hay pocas diferencias, si es verdad que algunos países o algunos Estados han legalizado el suicidio médicamente asistido y no han legalizado la eutanasia. La principal diferencia es que en el suicidio médicamente asistido el médico no mata al paciente. El médico hace una receta de un veneno, el paciente va a la farmacia, compra ese veneno, va a su casa, se toma el veneno y se suicida.

Es importante también que en el suicidio médicamente asistido, además de los médicos, de las enfermeras, que están implicados en la eutanasia, están implicados también los farmacéuticos. El médico no provocaría directamente la muerte del paciente, sino que, simplemente, facilitaría los medios al suicidio.

¿Qué situación tenemos actualmente? ¿Cuál es nuestra situación en este momento? La verdad es que la eutanasia hoy en día está despenalizada en muy poquitos países. En Europa, solo Benelux, y, en el resto del

mundo, Canadá y Colombia. Es decir, es una situación muy excepcional. Incluso si consideramos también el suicidio médicamente asistido, en Europa solo se sumarían Suiza y Alemania, y en el resto del mundo, poquitos países: Japón, algunos estados de Estados Unidos y uno de Australia. Es decir, incluso si consideramos ambas prácticas, menos del 3 % de la población vive en países donde se permitan estas prácticas de matar o facilitar la muerte de pacientes con enfermedades avanzadas.

Yo creo que esto nos da una idea de la perspectiva que tenemos que tener, porque, claro, últimamente, cuando uno lee la prensa, parece que somos la excepción de que no tenemos la eutanasia en España y es todo lo contrario. Lo que es raro es que uno viva en un país donde esté permitida la eutanasia. Por ejemplo, como he dicho antes, de los 27 países de la Unión Europea, solo se permite en el Benelux: en Bélgica, Holanda y Luxemburgo. Además, también otra información que cada vez se dice con más frecuencia, otra asociación que yo cada vez veo con más frecuencia es de la eutanasia con las políticas progresistas o de izquierdas. Es otra gran mentira.

Es decir, hace un par de años en Portugal intentaron legalizar una ley de la eutanasia muy similar a la que ahora se está intentando legalizar en España —y que siguen también intentando en Portugal—, y el Partido Comunista portugués votó en contra de la legalización de la eutanasia. Es muy interesante leer las declaraciones que hicieron defendiendo o explicando el motivo por el cual votaban en contra de la eutanasia, porque, claro, la izquierda, en teoría, lo que tenía que hacer es defender a los más débiles, defender a aquellos que tienen una situación socioeconómica más delicada, y, como luego veremos, la eutanasia es particularmente peligrosa para esas personas, y por eso una gran mentira esa asociación que se ha intentado hacer de eutanasia con políticas progresistas. La eutanasia es todo menos de progreso.

No solo eso, sino que en los países en los que se ha legalizado la eutanasia, de forma prácticamente unánime, se ha podido ver lo que se llama la pendiente resbaladiza y, sobre todo, en los países que llevan más tiempo con la legalización, porque, claro, en Holanda se legalizó la eutanasia hace 18 años.

Es decir, en este primer tiempo se ha podido ir viendo cómo todas las medidas, en teoría, restrictivas y protectoras, que evitaban hacer eutanasias en aquellos pacientes que no lo hubiesen solicitado de una forma clara... es decir, cuando se legalizó la eutanasia en Holanda, el paciente tenía que tener un sufrimiento que no se pudiese controlar con las distintas técnicas médicas —que luego veremos que es una situación que es excepcional o que, incluso, podemos decir que hoy en día ya no existe—, pero es que, además, tenían que solicitarlo de

forma clara, había que dejar un tiempo para que el paciente tuviese un tiempo de reflexión, tenía que venir un equipo médico distinto al equipo médico que llevaba a ese paciente a comprobar esta solicitud y a comprobar la situación cognitiva del paciente que, de verdad, permitiese solicitar eso.

¿Qué es lo que se ha visto? Que todas estas premisas se han ido cayendo y, hoy en día, en Holanda y en otros países, se ha comprobado que, una vez se legaliza la eutanasia, es incontrolable, y, actualmente, en Holanda se está realizando la eutanasia de ancianos con demencia, de niños con discapacidad, de pacientes que ya, incluso, por su propia situación clínica, no tienen la capacidad de solicitar la eutanasia. Esto es lo que se llama la pendiente resbaladiza que se ha comprobado de forma clara.

Una situación extrema de esta pendiente resbaladiza es el hecho de que ya hay varios autores que han defendido –y traigo aquí en la diapositiva dos publicaciones, una del 2013 y otra del 2016– lo que llaman el aborto postnatal. El aborto postnatal sería que nace un niño sano, pero a los padres socialmente o económicamente no les viene bien tener un hijo en ese momento, y estos autores defienden que se pueda matar a esos niños recién nacidos sanos.

Yo, cuando leí el primer artículo del año 2013, la verdad es que pensé que los autores lo escribían para provocar, es decir: el aborto no tiene ningún sentido, que se permita matar a los niños mientras están en el vientre materno, entonces, para poner una situación similar sería un niño recién nacido, ¿por qué se permite matarlo cuando está en el vientre materno y no se permite matarlo cuando acaba de nacer? Pero no, porque estos autores recibieron muchas cartas en relación con este artículo y ellos, de verdad, se reafirmaban en que no, que es que ellos defendían que se debía permitir matar a estos niños recién nacidos.

En el 2016, el otro artículo que traigo aquí básicamente es otro autor que defiende, nuevamente, el infanticidio de los recién nacidos sanos y también, además, dice que los argumentos que presentamos aquellos que defendemos la vida diciendo que eso es inaceptable, dice que a él no le convencen.

Nos da una idea de hasta dónde se puede llegar en esta pendiente resbaladiza por debajo, por así decirlo, al inicio de la vida, pero, actualmente, hay una propuesta de ley en Holanda, que están intentando sacar adelante, que es que cualquier individuo holandés con más de 70 años vaya a la farmacia con su DNI –yo tengo más de 70 años– y simplemente con eso, le den un kit de suicidio para que pueda suicidarse en su casa.

Nos da una idea de hasta qué punto podemos llegar a estas situaciones peligrosas de pendiente resbaladiza si se llega a aprobar la ley de la eutanasia. Es cierto que algunos, pese a estas evidencias tan claras, siguen defendiendo que no hay pendientes resbaladizas.

Además, la eutanasia tiene unas implicaciones económicas claras. Como se ha dicho en la presentación del Congreso, tenemos, actualmente, un verdadero suicidio demográfico en Europa, en general, y en España, de forma muy particular. Se calcula, de hecho, que en 20 años, si lo permite la pandemia, vamos a ser el país más envejecido del mundo. Tenemos cada vez más ancianos, muchos de ellos que, además de cobrar sus pensiones, también necesitan cuidados médicos, con lo cual suponen un gasto importante, y, por otro lado, tenemos cada vez menos niños y menos personas jóvenes trabajando, con lo cual el sistema es insostenible.

Básicamente, a uno se le ocurren dos soluciones: uno sería apostar por políticas que favorezcan la natalidad, que yo, que tengo 8 hijos, puedo decir que, claramente, no es la situación que tenemos en este momento; y la otra solución que se está buscando, no digo que los defensores de la eutanasia defiendan la eutanasia únicamente por motivos económicos, pero es evidente que el aprobar la eutanasia tiene unas repercusiones económicas grandes.

No solo eso, actualmente ya hay empresas en España que, de forma ilegal, están facilitando el suicidio de algunas personas, cobrando unas medias en torno a 10.000 euros por cada vez que facilitan este suicidio. Entonces, hay algunos estudios de mercado que nos hablan de en torno a 116 millones de euros de mercado que habría para estas empresas que facilitan el suicidio de los pacientes.

¿Cuál es el marco legal que tenemos actualmente? Es probable que esto vaya también en poco tiempo. Todavía tenemos algunos la esperanza de que así no sea, pero es verdad que cada vez es más pequeña también esta esperanza. Nosotros tenemos la suerte de tener una Constitución en España que reconoce el derecho a la vida de todos y, además, nuestro Tribunal Constitucional ha negado que exista un derecho a morir. Tenemos también la suerte de tener un Código Penal que protege la vida humana. Aquí es verdad que tenemos la lamentable excepción del aborto, pero, en todas las demás situaciones, si alguien mata a una persona, va a la cárcel.

Por lo tanto, hoy por hoy todavía no tenemos ninguna regulación de la eutanasia, y, por lo tanto, en una situación de eutanasia la ley condenaría a las personas que lo practiquen por homicidio. Es cierto que hay un artículo, que es el 4, 143, que tipifica la inducción al suicidio y aquí como que la pena, cuando hay un sufrimiento del

paciente que ha solicitado una ayuda al suicidio, es menor y es un poco la puerta de entrada que se está utilizando para permitir legalizar la eutanasia.

De hecho, sabemos que ya en febrero el Congreso aprobó regular por ley la eutanasia, y estamos actualmente en plena pandemia, que parece particularmente cruel que, mientras los sanitarios estamos luchando para salvar vidas humanas en nuestro día a día, que, aprovechando esta pandemia, en la cual además no nos podemos manifestar, etcétera, se esté tramitando este proyecto de ley.

Esto yo lo he visto alguna vez en pacientes míos con enfermedades avanzadas que querían tomar decisiones importantes, la más habitual el testamento: tenemos un paciente que está al final de la vida, quiere modificar su testamento o quiere hacer un testamento, y nuestra normativa legal muchas veces no lo permite si el paciente no está en una situación cognitiva demostrablemente capaz. De hecho, tiene que venir un notario a certificar que el paciente sí tiene, en esa situación, la potestad para decidir sobre su testamento.

Entonces, es curioso que esta ley de la eutanasia va a permitir a pacientes con enfermedades avanzadas, muchos de ellos hasta el 90 %, con una depresión patológica, muchos de ellos que ya no tienen capacidades cognitivas, decidir sobre su propia vida, cuando la ley no permite que hagan otro tipo de actos legales o jurídicos.

La eutanasia es contraria a muchas normas internacionales. Pongo ahí algunas de las instituciones que, de forma clara, se han pronunciado contra la eutanasia, pero sí quiero destacar la Asociación Médica Mundial. La Asociación Médica Mundial, en su última declaración de hace un año, tiene una declaración muy clara, muy contundente, diciendo que la Asociación Médica Mundial se declara en contra tanto de la eutanasia como del suicidio médicamente asistido. Esto, por otro lado, es lo esperable, ya que la eutanasia, como luego veremos, destruye la relación de confianza que hay entre el médico y el paciente.

¿Cuál es la alternativa ante esta situación, que tenemos pacientes que tengan enfermedades avanzadas, que estén sufriendo? Los cuidados paliativos. Nuevamente, traigo aquí la definición de la Organización Mundial de la Salud de qué son los cuidados paliativos: “Es un planteamiento que mejora la calidad de vida de estos pacientes con enfermedades avanzadas y que, además, hay que iniciar de forma precoz”. Son cuidados paliativos, son cuidados que deberíamos iniciar los últimos meses de vida de los pacientes, no deben ser cuidados moribundos. “Son cuidados que tienen como objetivo prevenir y aliviar el sufrimiento que tienen estos pacientes”, ojo, el sufrimiento: no

solo el sufrimiento físico que puede ser el dolor, la falta de aire, las náuseas, los vómitos, también el sufrimiento a otros niveles: psicosocial, espiritual.

Esto es la definición de la Organización Mundial de la Salud. Por eso, parecen, particularmente, inadecuados intentos que ha habido, por ejemplo, en la Comunidad Valenciana, de retirar los pacientes o los capellanes de los hospitales.

Por lo tanto, si nosotros tenemos unos adecuados cuidados paliativos, lo que vamos a conseguir es que los pacientes con enfermedades avanzadas tengan mejor calidad de vida.

¿Qué es lo que sucede? Que el último Atlas Europeo de Cuidados Paliativos muestra que la situación en España es muy deficitaria. Tenemos unos cuidados paliativos que están infra-desarrollados: lo que se recomienda son dos servicios de cuidados paliativos por cada 100.000 habitantes; en España no llegamos ni a la mitad, tenemos 0,6.

¿Qué significa esto? Que tenemos muchos pacientes con enfermedades avanzadas que no están recibiendo los cuidados paliativos adecuados, es decir, están sufriendo. Entonces, a cualquiera se le ocurre, ante esta situación, lo que urge es promover los cuidados paliativos. Pues no, también me parece especialmente cruel que, teniendo una situación con pacientes sufriendo, que la única alternativa que se les vaya a dar es matarlos. Es decir, en vez de promover los cuidados paliativos, que es lo que necesitamos –y ahí sí hay una demanda social clara–, pues lo que vamos a hacer es legalizar la eutanasia.

No solo eso, no solo este dato que muestra hasta qué punto estamos mal en cuidados paliativos, sino que somos de los poquitos países de Europa, si quitamos los que tienen la eutanasia legalizada, que sería, como hemos dicho antes, el Benelux (Bélgica, Holanda y Luxemburgo), hay en muy poquitos países en Europa donde no existe una especialidad oficial de cuidados paliativos, y nosotros somos uno de ellos. Es decir, cuando uno hace la carrera de Medicina, después de seis años de carrera, hace el examen MIR y ahí puede elegir una especialidad. Yo, como se ha dicho, elegí cardiología. No podría elegir cuidados paliativos, porque no tenemos esa especialidad oficial.

Además, es importante conocer que en aquellas situaciones extremas en las que no conseguimos controlar los síntomas de los pacientes con enfermedades avanzadas, siempre tendremos una alternativa a la eutanasia, que es la sedación paliativa.

¿Qué es la sedación paliativa? Yo ya no tengo manera de controlar los síntomas que tiene el paciente, lo que voy a hacer va a ser usar

sedantes, usar analgésicos, aun a riesgo de que ese paciente pierda el conocimiento. Ahora bien, lo hago a las dosis mínimas para conseguir controlar los síntomas y, cuando ya los controlo, no sigo aumentando la dosis con el objetivo de matar al paciente. Por tanto, la sedación paliativa no tiene nada que ver con la eutanasia. En la eutanasia el objetivo es matar al paciente, en la sedación paliativa el objetivo es controlar los síntomas. Por lo tanto, en un lado, tendríamos la eutanasia, y en el otro, tendríamos aliviar el sufrimiento con sedación paliativa.

Mi experiencia es que, cuando los médicos hacemos sedación paliativa, no solo la situación clínica del paciente no suele empeorar, sino que muchas veces mejora, y esto yo lo he vivido personalmente: hacer sedación paliativa y ver que la situación clínica del paciente mejora, incluso podemos retirar la sedación paliativa.

Ahora bien, también es cierto que, en algunos casos, en mi experiencia de forma excepcional, pero también sucede que, cuando hacemos sedación paliativa, la situación clínica del paciente empeora y podemos incluso con la sedación paliativa acabar matando a nuestro paciente. Ahora bien, esa no era nuestra intención, y sería algo así como si yo prescribo un antibiótico, el paciente tiene una reacción alérgica muy fuerte y acaba muriéndose por el antibiótico que yo he prescrito. Evidentemente, esa no era mi intención. Con lo cual, si el paciente se muere como un efecto secundario no deseado en el caso de la sedación paliativa no hemos hecho nada fuera de la ética. Yo lo que persigo es el control sintomático.

Por lo tanto, como alternativa a la eutanasia, que va a ser el mayor recorte en gasto sanitario de la historia de España, lo que tenemos que hacer son políticas que aumenten el gasto público en investigación, el gasto público en cuidados paliativos. Lo que necesitamos es una ley de cuidados paliativos que permita mejorar la situación deficitaria que tenemos actualmente.

Entonces, ¿qué es lo que es éticamente adecuado?, es decir, ¿qué es lo que hay que hacer? Lo primero es que a veces no es sencillo saberlo; yo, que he sido Vicepresidente del Comité de Ética Asistencial de mi hospital, y estando allí personas –todas las que estaban en mi época– con valores similares, etcétera, a veces discutíamos entre nosotros.

Creo que es muy importante saber que hay dos valoraciones distintas: una es la valoración que hacemos los profesionales, la evaluación que hace el médico; es una evaluación objetiva que nos va a permitir saber si el tratamiento es proporcionado y, por lo tanto, lícito o si el tratamiento es desproporcionado y, por lo tanto, ilícito, y esto solo lo puede decidir el médico. Ni el paciente ni la familia tiene los

conocimientos para saber si un determinado tipo de quimioterapia mejora el pronóstico específico del cáncer que tiene ese paciente. Hay que estudiar oncología para saberlo. Con lo cual, los pacientes y los familiares no deberían entrar en este ámbito de decisión. Es el ámbito de decisión del profesional.

Si el tratamiento ha demostrado que mejora el pronóstico, es un tratamiento proporcional y, por lo tanto, un tratamiento que podemos utilizar. Si el tratamiento no ha demostrado que mejora el pronóstico de pacientes que estén en una situación similar a esa, es un tratamiento desproporcionado y, por lo tanto, es un tratamiento ilícito, un tratamiento que nunca se debería utilizar. Por ejemplo, un médico nunca debería prescribir preparados homeopáticos porque no han demostrado que mejoren ninguna enfermedad y, por lo tanto, son ilícitos.

Y aquí acabaría el papel del médico. Ahora bien, cuando yo le digo a un paciente “hay un tratamiento proporcionado que mejora su situación”, el paciente tiene que valorar si ese tratamiento es un tratamiento que él va a poder tolerar o si es un tratamiento tan agresivo, desde el punto de vista físico, psicológico, económico, social que él no lo puede tolerar.

Si el tratamiento es un tratamiento que al paciente no le supone algo muy excepcional que no pueda tolerar, sería un tratamiento ordinario. Por lo tanto, si el tratamiento es proporcionado y ordinario, sería un tratamiento no solo lícito, sino también obligatorio, porque todos tenemos el deber moral de curarnos y de hacernos curar.

Ahora bien, si el tratamiento que me están proponiendo como paciente es un tratamiento que, aunque sea proporcionado, aunque vaya a mejorar mi situación, yo creo que no voy a poder soportar porque es muy agresivo, es un tipo de cirugía muy agresiva, es un tratamiento que me es muy costoso, por el que sea el motivo, yo este tratamiento lo puedo considerar un tratamiento extraordinario y, por lo tanto, ahí ya no sería obligatorio.

Voy a poner un ejemplo: nosotros tenemos pacientes con insuficiencia cardíaca avanzada, que cada dos semanas, en una situación ya muy avanzada, tienen que ir al hospital a ponerse una infusión de un fármaco que mejora el funcionamiento cardíaco, cuyo efecto dura dos semanas. De esta forma, mejoramos la calidad de vida de estos pacientes con insuficiencia cardíaca avanzada. Ante dos pacientes con la misma situación de insuficiencia cardíaca avanzada, cuando yo les propongo esto, tengo pacientes que viven cerquita del hospital, con lo cual no les supone nada ir cada dos semanas al hospital a ponerse esta medicación, pero también tengo pacientes que viven, a lo mejor, a 60

kilómetros del hospital, que no tienen quien les lleve, que el tener que ir cada dos semanas al hospital en los últimos meses de su vida les supone un trastorno grande, que prefieren no ir a ponerse estas infusiones, y los dos tienen la misma situación clínica.

Por lo tanto, el uso adecuado de las medidas terapéuticas solo sirve para un paciente en concreto y para un momento en concreto. Aquí no se puede generalizar, hay que valorar los medios, el grado de dificultad que tienen los tratamientos, el riesgo –hay tratamientos que suponen un riesgo importante para el paciente, aunque vayamos a obtener un beneficio–, también, como he dicho antes, los gastos, la situación económica, la posibilidad de aplicación frente al resultado que esperamos.

Evidentemente, es lícito a los pacientes proponerles cosas extraordinarias o extremas, inclusiones en ensayos clínicos de tratamientos experimentales, etcétera, pero tampoco debemos pensar que existe un deber de agotar toda posibilidad de vida y, en concreto, siempre será lícito contentarse con los medios habituales que la medicina puede ofrecer. Es decir, nadie tiene que estar pensando “yo tendría que haber ido a Houston a operarme y tal”, siempre quedarnos con lo habitual es lícito.

Ya, por último, quería decir unas breves palabras sobre la relación de eutanasia y medicina, que es a mí lo que más me preocupa: lo primero, los médicos estamos, mayoritariamente, contra la eutanasia. Eso es muy evidente y, además, es particularmente claro en aquellos médicos que más peticiones de eutanasia reciben, que son los paliativistas.

Los paliativistas son aquellos que, mayoritariamente, están contra la eutanasia. ¿Por qué? Porque ellos saben que, cuando un paciente pide la Eutanasia, en el fondo lo que está pidiendo es otra cosa, lo que está pidiendo es que le cuiden, que le traten los síntomas, que estén pendientes de él, y, si lo hacemos, ese paciente deja de pedir la eutanasia.

Cuando yo tuve la oportunidad de presentar el libro, que ha comentado antes el profesor Chivato, en el Colegio de Médicos, fue muy interesante, porque hubo una compañera, médico de familia, que contó un episodio que a mí me llamó mucho la atención, y es que a ella una paciente, recientemente –esto fue a principios de año, lógicamente, antes de la aprobación probable y futura de esta ley de la eutanasia–, le había pedido a ella la eutanasia.

Entonces, claro, la paciente le pidió la eutanasia y esta compañera lo que hizo fue preguntarle a la paciente que por qué pedía eso. Resulta que la paciente tenía varios problemas médicos, además, también varios

problemas sociales, y lo que hizo esta compañera fue darle un tratamiento adecuado para el control sintomático y también la puso en contacto con la asistente social, con la trabajadora social, de ese Centro de Salud, y a la semana esa misma paciente le llevó a mi compañera una tarta de manzana.

Ella lo que decía es “con la ley de la eutanasia aprobada, yo me hubiese quedado sin tarta de manzana”, porque, además, la ley de eutanasia es de obligado cumplimiento, para, en particular, los médicos de familia también.

De hecho, se apoya mucho en los médicos de familia. Que, evidentemente, uno puede hacer objeción de conciencia, pero con consecuencias probables en el ámbito laboral.

¿Esto por qué lo digo? Porque los médicos, cuando recibimos una petición de eutanasia, que, como ya digo, es algo muy excepcional, pero, cuando la recibimos, lo primero que tendremos que pensar es por qué este paciente está pidiendo la eutanasia. Es decir, probablemente sea un paciente que no estemos tratando de forma habitual.

El acto médico se basa en una relación de confianza y la eutanasia pone fin a esta relación de confianza, y, por lo tanto, unos médicos que hemos hecho un juramento hipocrático, que hemos jurado que jamás haremos daño de forma intencionada a nuestros pacientes, cuando un paciente va al médico, va al médico con mucha garantía, porque sabe que el médico solo va a defender su vida. Si yo hago eutanasia o si yo legalizo la eutanasia, quiebro esta relación de confianza médico-paciente. Además, se frenaría o se va a frenar el progreso de la medicina.

¿Quién va a estudiar tratamientos en el alzhéimer, en los cuidados paliativos? De hecho, como hemos comentado antes, los países en Europa que tienen la eutanasia legalizada son aquellos en los que los cuidados paliativos están menos desarrollados.

Además, la eutanasia, lógicamente, para quien es peor es para los pacientes, porque los matamos, pero también es muy mala para los médicos y varios estudios demuestran las alteraciones psicológicas y la afectación psicológica negativa que tiene en los profesionales.

Además, es que se quiebra la relación de confianza que existe ya no solo con el médico, sino con todo el sistema sanitario e incluso con la familia. Si yo le digo a mi padre: “Hola, papá, vamos al hospital o vamos al centro de salud”, mi padre sabe que yo le llevo al hospital para que le traten, porque tiene un problema y quiero que le curen. Pero si yo le digo, en un país con la ley de la eutanasia aprobada,

“Papá, vamos al hospital”, mi padre lo mismo sale corriendo por la otra puerta, porque, claro, llega un momento que ya no tenemos confianza en el sistema.

Yo tengo un hermano que vive en Alemania. Las residencias de ancianos cercanas a la frontera con Holanda de Alemania se están llenando de ancianos holandeses. Claro, ya tienen miedo de quedarse en su propio país. Es muy triste esta situación en la que ya el paciente deja de fiarse del sistema y de la familia, porque, claro, lo mismo mi hijo lo que quiere es la herencia y por eso me quiere llevar al hospital.

Además, si un médico practica la eutanasia, ya es una situación de difícil retorno. Yo creo que los médicos tenemos una gran virtud y es que tratamos a los pacientes que tienen situaciones similares de forma similar, y eso yo creo que, en general, es bueno.

Yo, de hecho, trabajo en un hospital público, como os he dicho antes, que pilla dos zonas muy distintas de Madrid, tengo pacientes del barrio de Salamanca, pacientes de Vallecas. Entonces, seguimos teniendo en mi hospital habitaciones de dos, a veces tienes un ejecutivo y un trabajador humilde al lado y tratamos a los dos si tienen la misma patología, exactamente, de la misma forma. Es una virtud esto.

Pero, claro, ¿qué es lo que sucede? Que si un médico practica la eutanasia en mi paciente, cuando vuelva a tener un paciente similar, la tendencia va a ser hacer lo mismo. Es decir, esta virtud, en el fondo, lo que va a hacer es perpetuar situaciones de eutanasia, y esto me parece que también es peligroso.

Además, se les traslada el mensaje a los pacientes de que son una carga para la sociedad y de que son una carga para la familia. Esto a mí me parece que es muy paradójico; ¿por qué?, porque los partidarios de la eutanasia suelen defenderla desde el principio de la autonomía, es decir, de que el paciente sea capaz de tomar sus decisiones, y, curiosamente, cuando se aprueba la eutanasia, lo que sucede es que quitamos la autonomía a los pacientes y, precisamente, les presionamos a que soliciten la eutanasia bajo esta situación, sobre todo, como decía antes, en aquellos pacientes que tengan situaciones socioeconómicas más delicadas.

Si yo tengo mucho dinero, tengo una enfermedad avanzada y voy a una clínica privada, ya se encargarán de mantenerme con vida todo el tiempo que se pueda, porque allí estaré haciendo mi aportación. Ahora, en pacientes que tengan situaciones económicas más débiles, que ellos tengan esta conciencia de que son una carga para sus familias, de cierta forma les vamos a estar presionando a

solicitar la eutanasia, y, por lo tanto, la eutanasia se puede convertir en un arma de coacción.

Además, este clima de desconfianza puede acabar por estropear la cifra tan buena que tenemos de donaciones para trasplantes. Nosotros tenemos la mayor cifra de donantes per cápita del mundo y esto es porque, cuando ha fallecido un paciente, preguntamos a las familias si podemos usar sus órganos, habitualmente la contestación es positiva; pero, claro, si se aprueba la eutanasia, ya nos pueden entrar dudas si a lo mejor quieren eutanasiar a nuestro familiar para utilizar sus órganos, etcétera.

Ya, para concluir, quería un poco resumir los cuatro motivos por los cuales la eutanasia no debería ser nunca admitida. Hay muchos más, pero los cuatro principales.

A mí me da mucho miedo la pendiente resbaladiza, porque, como he dicho, se ha ido comprobando en todos los países en los que se ha ido aprobando la eutanasia que todos los supuestos que inicialmente se ponen de control al final es imposible controlarlos, y, como decía, en Holanda y en otros países se está haciendo eutanasia en pacientes que no la han solicitado.

El tema de la falta de autodeterminación real. Es decir, cuando un paciente pide la eutanasia, simplemente ese hecho de pedir la eutanasia, probablemente, no signifique que ese paciente no está enteramente en sus cabales, que tenga algún tipo de presión, que tenga algún tipo de psicopatología, que no esté en una situación cognitiva que le permita de verdad expresar este deseo de muerte.

La gran reducción o incluso desaparición de los cuidados paliativos. Si vamos a matar a los pacientes con enfermedades avanzadas, ya deja de tener sentido intentar que no sufran.

Y, por último, lo que a mí más me preocupa, como Presidente del Colegio de Médicos de Madrid, es la deformación del sentido médico. Es decir, la eutanasia destruye totalmente la integridad moral de la profesión médica, va contra, como he dicho antes, del juramento hipocrático y va a quebrar esta relación de confianza que hoy en día tenemos los médicos con nuestros pacientes.

Manuel Martínez-Sellés, en repositorioinstitucional.ceu.es/

Transcrito por audición del 22 Congreso de Católicos y Vida Pública